



**ANA SOFIA PEREIRA  
SERRA**

**MOBILIDADE PEDONAL E COMPORTAMENTO DE  
SAÚDE DE PESSOAS IDOSAS EM ESTRUTURAS  
RESIDENCIAIS: O CASO DO CONCELHO DE LEIRIA**



**ANA SOFIA PEREIRA  
SERRA**

**MOBILIDADE PEDONAL E COMPORTAMENTO DE  
SAÚDE DE PESSOAS IDOAS EM ESTRUTURAS  
RESIDENCIAIS: O CASO DO CONCELHO DE LEIRIA**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gerontologia, realizada sob a orientação científica do Doutor Gonçalo Alves de Sousa Santinha, Professor Auxiliar do Departamento de Ciências Sociais, Políticas e do Território da Universidade de Aveiro, e a coorientação da Doutora Maria da Piedade Moreira Brandão, Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro.

À tua memória, Tomy.

## **o júri**

presidente

Professora Doutora Margarida de Melo Cerqueira

Professora Adjunta, Universidade de Aveiro

arguente

Professor Doutor Paulo António dos Santos Silva

Professor Auxiliar, Universidade de Aveiro

orientador

Professor Doutor Gonçalo Alves de Sousa Santinha

Professor Auxiliar, Universidade de Aveiro

## **agradecimentos**

A realização desta dissertação de mestrado contou com importantes apoios e incentivos sem os quais não se teria tornado uma realidade. Assim, fico grata:

Aos orientadores deste trabalho, Professora Doutora Maria da Piedade Moreira Brandão e Professor Doutor Gonçalo Alves de Sousa Santinha, da Universidade de Aveiro, pelos conhecimentos transmitidos, rigor científico, generosa partilha, permanente disponibilidade e aconselhamento precioso.

Aos Professores do mestrado, pelos conhecimentos transmitidos.

A todos os utentes e profissionais das instituições que aceitaram participar neste estudo. Sem a sua ajuda, esta investigação não teria sido concretizada.

Aos amigos, pelo incentivo constante, com um agradecimento muito especial à Ana Catarina e à Ana Teresa, que estiveram sempre presentes.

## palavras-chave

Mobilidade Pedonal; Ambiente Construído; Atividade Física; Pessoas Idosas

## resumo

**Introdução:** O fenómeno do envelhecimento da população constitui um desafio atual para a formulação de políticas públicas na procura de minimizar impactos negativos e maximizar as potencialidades que possam daí advir para a sociedade e, ainda, contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas. A resposta das entidades públicas, nomeadamente ao nível local, tem passado, entre outras soluções, pela aposta de tornar os espaços mais amigos da população idosa. Neste contexto, a promoção da mobilidade pedonal tem ganho preponderância, na medida em que esta se constitui como uma das atividades físicas mais praticadas pelas pessoas idosas.

**Objetivo:** Este estudo tem como objetivo principal compreender em que medida o ambiente construído envolvente de Estruturas Residenciais para Idosos (ERPI) contribui para a mobilidade pedonal e para comportamentos de saúde e bem-estar dos seus utentes, tanto no meio rural, como no meio urbano.

**Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, com uma abordagem quantitativa e qualitativa, sendo a metodologia adotada a de um estudo de caso, no concelho de Leiria. Foram entrevistados 13 utentes e quatro profissionais de duas ERPI localizadas no meio rural e 23 utentes e quatro profissionais de outras duas ERPI localizadas no meio urbano. O ambiente construído foi analisado com o recurso a mapas do *Google Maps* e com a elaboração e preenchimento de grelhas de observação adaptadas para o efeito. O comportamento de saúde foi avaliado através do Questionário de Atividade Física Habitual.

**Resultados:** Os resultados sugerem que, comparando o meio rural com o urbano, a maioria das pessoas idosas residentes nas ERPI deslocam-se sozinhas para o seu exterior (100% versus 73,9%), assim como, conhecem (100% versus 82,6%) e frequentam (76,9% versus 68,4%) os serviços e equipamentos ali existentes. Contudo, são poucos os que o fazem diariamente (46,1% versus 21,7%). O ambiente construído do meio urbano é mais dotado de serviços e equipamentos que o rural, no entanto, observou-se, em ambos os meios, a existência de barreiras físicas que podem condicionar a mobilidade pedonal dos utentes. Os utentes do meio rural apresentam resultados mais favoráveis para o comportamento de saúde e atividade física, do que os do meio urbano.

**Conclusões:** No desenho de espaços amigos da população idosa por parte do poder local, a perspetiva da população idosa institucionalizada não deve ser excluída, já que esta população, não só tem direito a usufruir desses espaços (serviços, atividades, espaços públicos), como também tira partido dos mesmos, questões fundamentais para fazer face ao desafio inerente ao fenómeno do envelhecimento demográfico.

## keywords

Pedestrian Mobility; Built Environment; Physical Activity; Older People.

## abstract

**Introduction:** The phenomenon of the ageing of the population is a current challenge for the formulation of public policies, in order to minimize negative impacts and maximize the potential for society that may come from it and, at the same time, contribute to the improvement of the elderly's quality of life. The response of public entities, particularly at local level, is built on, among many other solutions, the investment on making spaces which can be elderly population friendly. In this context, the promotion of pedestrian mobility has gained prominence, since it constitutes one of the most practiced physical activities by the elderly.

**Objective:** The main objective of this study is to understand the extent to which the built environment around Residential Structures for Older People (ERPI) contributes to pedestrian mobility and to the health and wellbeing behaviours of its users, both in rural and in urban areas.

**Methodology:** It is a descriptive and exploratory study, with a quantitative and qualitative approach, and the methodology adopted is that of a case study, in the municipality of Leiria. We have interviewed 13 users and four professionals from two ERPIs located in rural areas and 23 users and four professionals from two other ERPI located in urban areas. The built environment was analysed with the use of maps of Google Maps and the elaboration and completion of observation grids adapted for this purpose. Health behaviour was evaluated using the Habitual Physical Activity Questionnaire.

**Results:** The results suggest that, when comparing rural and urban areas, the totality or majority of older people living in ERPI move outdoors (100% versus 73.9%, respectively), as well as they are aware of (100% versus 82.6% %) and attend (76.9% versus 68.4%) the services and equipment nearby. However, only a few do that every day (46.1% versus 21.7%). The built environment in urban area is more endowed with services and equipment than the rural one, nevertheless, it was observed, in both areas, the existence of physical barriers that can affect the pedestrian mobility of the users. The rural users present more favourable results for health behaviour and physical activity, than those of the urban setting.

**Conclusion:** The perspective of the institutionalized elderly population should not be excluded in the design of spaces that are friendly to the elderly population, since this population has, not only, the right to enjoy these spaces (services, activities, public spaces), but also to make the most of them. These are fundamental issues when facing the challenge of the demographic ageing phenomenon.

## **abreviaturas e siglas**

AF – Atividade Física

AIVD – Atividades Instrumentais da Vida Diária

AMU – Área Mediamente Urbana

APR – Área Predominantemente Rural

APU – Área Predominantemente Urbana

AVD – Atividades da Vida Diária

CIRL – Comunidade Intermunicipal da Região de Leiria

CML – Câmara Municipal de Leiria

DGOTDU – Direção-Geral do Ordenamento do Território e Desenvolvimento Urbano

DGS – Direção Geral de Saúde

ERPI – Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas

GEP – Gabinete de Estratégia e Planeamento

HPAQ – Habitual Physical Activity Questionnaire

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social

km – Quilómetros

m – Metro

MSSS – Ministério da Solidariedade e Segurança Social

N. – Nossa

N.º – Número

N. A. – Não Aplicável

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNSPI – Plano Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas

RSES – Rede de Serviços e Equipamentos Sociais

S. – São

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

Sr.<sup>a</sup> – Senhora

UE28 – Conjunto dos 28 países da União Europeia

WHO – World Health Organization



# ÍNDICE

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
1.1. ENQUADRAMENTO .....	1
1.2. OBJETIVOS .....	2
1.3. METODOLOGIA E ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO .....	2
<b>2. REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>5</b>
2.1. ENVELHECIMENTO, SUPORTES SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS .....	5
2.2. ENVELHECIMENTO E ATIVIDADE FÍSICA .....	10
2.3. ENVELHECIMENTO, MOBILIDADE PEDONAL E AMBIENTE CONSTRUÍDO .....	12
<b>3. PARTICIPANTES E MÉTODOS .....</b>	<b>21</b>
3.1. DESENHO DE INVESTIGAÇÃO .....	21
3.2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS .....	21
3.2.1. <i>Contexto</i> .....	21
3.2.2. <i>Recrutamento dos participantes</i> .....	23
3.2.3. <i>Desenvolvimento da investigação</i> .....	28
3.3. INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS .....	29
3.3.1. <i>Dados sociodemográficos, institucionalização e cuidados de saúde</i> .....	29
3.3.2. <i>Caracterização dos locais envolventes das ERPI</i> .....	29
3.3.3. <i>Atividade física das pessoas idosas</i> .....	30
3.4. ANÁLISE DOS DADOS .....	30
3.5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	31
<b>4. RESULTADOS .....</b>	<b>33</b>
4.1. PARTICIPANTES UTENTES DOS DIFERENTES EQUIPAMENTOS .....	33
4.1.1. <i>Características Sociodemográficas dos participantes <b>Utentes (N=36)</b></i> .....	33
4.1.2. <i>Caracterização dos locais envolventes das ERPI</i> .....	36
4.1.3. <i>Institucionalização</i> .....	44
4.1.4. <i>Caracterização da Saúde dos Utentes</i> .....	59
4.1.5. <i>Atividade física</i> .....	59
4.2. PROFISSIONAIS .....	61
4.2.1. <i>Características Sociodemográficas dos participantes <b>Profissionais (N=8)</b></i> .....	61
4.2.2. <i>Caracterização da instituição sob o ponto de vista dos profissionais</i> .....	61
<b>5. DISCUSSÃO .....</b>	<b>67</b>
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>73</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>75</b>

## **APÊNDICES**

Apêndice 1: Folha de Respostas Entrevista Utentes .....	84
Apêndice 2: Folha Respostas Entrevista Profissionais .....	88
Apêndice 3: Declaração de Consentimento .....	90

## **ANEXOS**

ANEXO 1 - Grelhas de Observação .....	92
ANEXO 2 - Questionário Atividade Física Habitual (Utentes) .....	94
ANEXO 3 - Pedido de autorização de utilização Questionário de Atividade Física Habitual .....	97
ANEXO 4 – Parecer Conselho de Ética da Universidade de Aveiro .....	98

## **ÍNDICE DE DIAGRAMAS**

Diagrama 1 – Elementos essenciais das vias de comunicação, segundo Burton e Mitchell (2006) ....	15
Diagrama 2 – Critérios essenciais para a promoção da mobilidade das pessoas idosas, segundo Santinha e Marques (2013) .....	17
Diagrama 3 – Localização dos serviços, segundo Cartens (1993) e Tolley (2003) .....	18
Diagrama 4 – Procedimento utilizado para selecionar as instituições/equipamentos. ....	24
Diagrama 5 – Caracterização do local envolvente da ERPI L1 .....	37
Diagrama 6 – Caracterização do local envolvente da ERPI L2 .....	38
Diagrama 7 – Caracterização do local envolvente de ERPI L3 .....	39
Diagrama 8 – Caracterização do local envolvente da ERPI L4 .....	40
Diagrama 9 – Percursos mais utilizados pelos participantes residentes em L1. ....	55
Diagrama 10 – Percursos mais utilizados pelos participantes residentes em L2. ....	55
Diagrama 11 – Percursos mais utilizados pelos participantes residentes em L3. ....	56
Diagrama 12 – Percursos mais utilizados pelos participantes residentes em L4. ....	56

## **ÍNDICE DE FIGURAS**

Figura 1 – Mapa dos concelhos pertencentes ao distrito de Leiria .....	21
Figura 2 – Mapa do concelho de Leiria e as respetivas freguesias .....	22
Figura 3 – Mapa com as diferentes tipologias de freguesias do distrito de Leiria .....	23
Figura 4 – Localização espacial das instituições no concelho de Leiria .....	25
Figura 5 – L1 – Centro Social N.ª Sr.ª da Piedade .....	25

Figura 6 – L2 – Associação de Melhoramento e Bem-Estar da Memória .....	26
Figura 7 – L3 – Lar de S. Francisco .....	27
Figura 8 – L4 – Lar N. Sr. <sup>a</sup> da Encarnação.....	28
Figura 9 – Simbologia utilizada na caracterização dos locais envoltos das ERPI. ....	36

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição do gênero dos participantes, de acordo com o meio rural e urbano. ....	33
Gráfico 2 – Distribuição do estado civil dos participantes, de acordo com o meio rural e urbano. ....	34
Gráfico 3 – Distribuição da escolaridade dos participantes, de acordo com o meio rural e urbano. ....	34
Gráfico 4 – Distribuição do motivo pelo qual os participantes escolheram residir nas instituições, de acordo com o meio rural e urbano.....	45
Gráfico 5 – Distribuição de quem participou na decisão da institucionalização, de acordo com o meio rural e urbano. ....	45
Gráfico 6 – Distribuição se a localização da instituição influenciou a escolha dos participantes, de acordo com o meio rural e urbano. ....	46
Gráfico 7 – Distribuição do tempo de residência dos participantes nas instituições, de acordo com o meio rural e urbano. ....	47
Gráfico 8 – Distribuição se os participantes se deslocam sozinhos para fora da instituição, de acordo com o meio rural e urbano. ....	52
Gráfico 9 – Distribuição da frequência com que os participantes se ausentam das instituições, de acordo com o meio rural e urbano. ....	52

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização Sociodemográfica dos participantes utentes (N=36), de acordo com o meio rural e urbano. ....	35
Tabela 2 – Exemplo explicativo do preenchimento das grelhas de observação, de acordo com a instituição. ....	41
Tabela 3 – Grelha Observação para o parâmetro da Conectividade .....	41
Tabela 4 – Grelha de Observação para o parâmetro da Conveniência .....	42
Tabela 5 – Grelha de Observação para o parâmetro do Conforto .....	43
Tabela 6 – Grelha de Observação para o parâmetro da Legibilidade .....	43
Tabela 7 – Grelha de Observação para o parâmetro da Convivência.....	44

Tabela 8 – Respostas dadas às questões sobre a escolha da instituição como residência atual dos utentes, de acordo com o meio rural e urbano. ....	46
Tabela 9 – Respostas dadas às questões sobre a vida como residente na instituição, de acordo com o meio rural e urbano. ....	48
Tabela 10 – Atividades promovidas pelas instituições no interior, de acordo com o meio rural e urbano. ....	50
Tabela 11 – Atividades promovidas pelas instituições no exterior, de acordo com o meio rural e urbano. ....	50
Tabela 12 – Respostas dadas às questões sobre atividades propostas na instituição para os utentes, de acordo com o meio rural e urbano.....	51
Tabela 13 – Respostas obtidas sobre o sair da instituição pelos utentes, de acordo com o meio rural e urbano. ....	53
Tabela 14 – Serviços que os utentes habitualmente frequentam, de acordo com o meio rural e urbano. ....	54
Tabela 15 – Respostas dadas sobre a perceção do contexto envolvente pelos utentes, de acordo com o meio Rural e o Urbano. ....	58
Tabela 16 – Características de Saúde dos participantes Utentes, de acordo com o meio Rural e Urbano ....	59
Tabela 17 – Atividade Física Habitual, de acordo com as variáveis sociodemográficas. ....	60
Tabela 18 – Caracterização Sociodemográfica dos Profissionais (N=8), de acordo com o meio Rural e Urbano. ....	61
Tabela 19 – Caracterização da Instituição segundo os profissionais, de acordo com o meio Rural e Urbano. ....	65

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1. Enquadramento

O fenómeno do envelhecimento da população constitui um desafio atual para a formulação de políticas públicas na procura de minimizar impactos negativos e maximizar as potencialidades que possam daí advir para a sociedade e, ainda, contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas. A resposta das entidades públicas, nomeadamente ao nível local, tem passado, entre outras soluções, pela aposta de tornar os espaços mais amigos da população idosa. Neste contexto, a promoção da mobilidade pedonal tem ganho preponderância, na medida em que esta se constitui como uma das atividades físicas mais praticadas pelas pessoas idosas.

O envelhecimento da população é uma manifestação universal, um processo complexo para o qual concorrem fatores de ordem biológica, social, económica e cultural, agindo no sistema de relações entre indivíduos, sociedade e meio ambiente (Araújo, I., Paul, C., & Martins, M., 2009). Este pode ser considerado um fenómeno individual, em que o indivíduo pode fazer muito para ser agente do seu próprio envelhecimento positivo, valorizando-se e reconhecendo-se como parte integrante das suas famílias e comunidades. O envelhecimento positivo tem, ainda, em consideração a saúde, a independência e a autorrealização da própria pessoa (García F., Caprara, & Fernández Ballesteros, 2004; Ministry of Social Development New Zealand, 2014). Porém, também as condições ambientais, económicas, culturais e sociais, conjugadas com um determinado contexto influencia as formas de envelhecer (García F. *et al.*, 2004).

As tendências das políticas públicas apoiam o facto de que a maioria dos adultos mais velhos envelhece e irá envelhecer nas suas casas e comunidades (Dobner, Musterd, & Droogleever Fortuijn, 2014). Isto vai de encontro ao que é preconizado pelo conceito *ageing in place*, que consiste em ajudar as pessoas mais velhas a permanecer na sua casa e comunidade, o que positivamente contribui para um aumento do bem-estar, independência, participação social e, consequentemente, um envelhecimento saudável (Sixsmith & Sixsmith, 2008). No entanto, apesar das orientações atuais apontarem no sentido do *ageing in place*, a utilização de instituições de apoio à terceira idade afigura-se para muitos idosos como a solução mais viável (Santinha & Marques, 2015). As instituições de apoio à terceira idade, na sua maioria, não oferecem atividades suficientes para suprimir as necessidades diárias, tendo as pessoas idosas uma vida monótona (Freitas & Scheicher, 2010).

A atividade física apresenta inúmeros benefícios para a saúde (Wen *et al.*, 2011) assim como para a manutenção da mobilidade (Day, 2008), no entanto, a maioria das pessoas idosas prefere adotar um estilo de vida mais sedentário (Carvalho & Mota, 2013; Sun, Norman, & While, 2013). Assim, a importância dos espaços públicos, enquanto determinantes da atividade física e mobilidade pedonal, torna-se mais evidente com o envelhecimento (Bárrios & Fernandes, 2014).

Vários aspetos do ambiente construído podem afetar o modo com que as pessoas mais idosas se sentem capazes e motivados para passear no exterior da sua residência, sendo as condições físicas do pavimento de extrema importância fornecendo, portanto, potenciais obstáculos à mobilidade pedonal (Bárrios & Fernandes, 2014; Day, 2008).

A bibliografia contém referência a um número significativo de estudos que foram sendo desenvolvidos, com o objetivo de perceber a relação entre o ambiente construído e a atividade física (Gebel, Bauman, & Petticrew, 2007; Giles-Corti & Donovan, 2002; Hino, Reis, & Florindo, 2010). Porém, estudos desta natureza dirigidos a utentes residentes em instituições de apoio à terceira idade continuam a ser escassos (Santinha & Marques, 2015).

## **1.2. Objetivos**

O objetivo principal deste estudo é explorar em que medida o ambiente construído envolvente das Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) contribui para a mobilidade pedonal e comportamento de saúde dos seus utentes. Especificamente pretende-se:

- i) Analisar a perceção da mobilidade pedonal das pessoas idosas no ambiente construído envolvente das ERPI;
- ii) Comparar o contexto envolvente das estruturas residenciais para pessoas idosas do meio urbano com o meio rural;
- iii) Verificar se existem diferenças de género e das características sociodemográficas na mobilidade e comportamento de saúde;
- iv) Analisar a perceção dos profissionais relativamente à mobilidade dos seus utentes.

## **1.3. Metodologia e Estrutura da Dissertação**

Como desenho de investigação, foi utilizado um estudo exploratório, com uma abordagem quantitativa e qualitativa, sendo a metodologia adotada a de um estudo de caso. O contexto escolhido para a realização da investigação foi o concelho de Leiria, por ser o concelho de residência da autora, o que conferiu maior facilidade na recolha de dados. Para isso, foram escolhidas, por conveniência e tendo em conta os critérios de inclusão dos participantes, quatro ERPI, que estejam registadas na Segurança Social como Instituições particulares de Solidariedade Social (IPSS), duas situadas em meio urbano e duas em meio rural. Os participantes do estudo foram os utentes e os profissionais das referidas ERPI.

Após a escolha das instituições, realizou-se a caracterização dos locais envolvente de cada uma delas, através da observação direta, com o objetivo de averiguar que tipos de serviços existem nas imediações das mesmas, assim como, alguns constrangimentos ou barreiras em termos de urbanísticos. Isto permitiu, posteriormente, comparar o meio rural com o urbano.

A análise da perceção do ambiente construído pelas pessoas idosas e pelos profissionais foi efetuada através de uma entrevista semiestruturada, criada para o efeito, para a qual foi realizado ainda um guião de respostas. Foi, também, aplicado às pessoas idosas um Questionário de Atividade Física Habitual (HPAQ).

Deste modo, o projeto de dissertação encontra-se estruturado em cinco capítulos. Na **Introdução**, contém um breve enquadramento ao tema em desenvolvimento na dissertação, engloba a justificação do tema, especificação dos objetivos e a metodologia e estrutura organizativa do projeto. No **Capítulo 1**, procedeu-se a uma revisão do “estado da arte” sobre o envelhecimento demográfico, no Mundo, Europa, e em Portugal; os suportes sociais disponíveis para as pessoas idosas e as políticas públicas

tal como a sua relação com a atividade física, mobilidade pedonal e ambiente construído. No **Capítulo 2**, descreveu-se o desenho de investigação que foi utilizado; os procedimentos metodológicos para a recolha de dados; os instrumentos de recolha; como foi realizada a análise de dados; e, por fim, as considerações éticas. No **Capítulo 3**, apresentaram-se os resultados da investigação. No **Capítulo 4**, foi realizada a discussão dos resultados obtidos à luz do referencial teórico. No **Capítulo 5**, foram apresentadas as considerações finais relativamente aos resultados obtidos.





## **2. REVISÃO DA LITERATURA**

Ao longo deste capítulo é apresentada a revisão bibliográfica. Esta aborda os seguintes temas: envelhecimento, suportes sociais e políticas públicas; envelhecimento e atividade física; e, por último envelhecimento, mobilidade pedonal e ambiente construído.

### **2.1. Envelhecimento, Suportes Sociais e Políticas Públicas**

O envelhecimento apresenta-se como um dos problemas centrais do século XXI. As últimas décadas do século passado registaram um aumento ininterrupto do número de pessoas idosas que transformou as sociedades mais desenvolvidas, em sociedades envelhecidas (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2013). Entre 2015 e 2080, o número de pessoas idosas com 60 ou mais anos, no mundo é estimado que cresça 56 por cento, passando de 901 milhões para mais de 1,4 biliões (United Nations, 2013).

O envelhecimento demográfico é uma tendência a longo prazo que começou há várias décadas na Europa. Esta tendência é visível nas transformações da estrutura de idades da população e traduz-se numa percentagem crescente de pessoas idosas, juntamente com uma percentagem decrescente de pessoas em idade ativa na população total (Eurostat, 2018). A um de janeiro de 2016, a população no conjunto dos 28 países da União Europeia (EU28) foi estimada em 510,3 milhões de pessoas, sendo que as pessoas com 65 anos ou mais representavam uma percentagem de 19,2% (um aumento de 0,3% relativamente ao ano anterior e de 2,4% em comparação com 10 anos antes) (Eurostat, 2018). Este fenómeno resulta do decréscimo das taxas de fecundidade e natalidade, do aumento crescente da esperança de vida, bem como, da diminuição das taxas de mortalidade (Carvalho & Mota, 2012) e dos fluxos migratórios (European Commission, 2015). Devido a toda esta dinâmica, a estrutura etária da população da UE28 irá alterar-se fortemente nas próximas décadas. Portugal não é exceção, seguindo essa tendência com um crescente aumento da proporção de pessoas idosas e um decréscimo do peso relativo de jovens e de pessoas em idade ativa na população total (European Commission, 2015).

Segundo as projeções (2015-2080) do INE, para a população residente, mantém-se o agravamento do envelhecimento demográfico, em Portugal, que só tenderá a estabilizar daqui a cerca de 40 anos. Face ao decréscimo da população jovem, a população com 65 ou mais anos de idade continuará a aumentar, sendo que poderá passar de 2,1 para 2,8 milhões de pessoas, entre 2015 e 2080. Contudo, o número de pessoas idosas atingirá o valor mais elevado no final da década de 40, momento a partir do qual passa a decrescer. Esta situação fica a dever-se ao facto de entrarem, nesta faixa etária, gerações de menor dimensão, nascidas já num contexto de níveis de fecundidade abaixo do limiar de substituição das gerações (INE, 2017). Acentua-se o envelhecimento demográfico em Portugal, visível através do aumento do índice de envelhecimento entre 2015 e 2017, passando de 143,9 para 153,2 idosos por cada 100 jovens (INE, 2018).

Segundo os mais recentes dados disponibilizados pelo INE, prevê-se a continuação das tendências recentes de melhoria na mortalidade e a manutenção do ritmo de crescimento da esperança de vida.

Para o período 2015-2017, a esperança de vida à nascença foi estimada em 80,78 anos para o total da população, sendo 77,74 anos para os homens e 83,41 anos para as mulheres. Estes valores representam, face a 2014-2016, um ganho de 1,6 meses para os homens e de 1 mês para as mulheres (INE, 2018).

A esperança de vida aos 65 anos atingiu 19,45 anos para o total da população. Aos 65 anos os homens podem esperar viver, em média, mais 17,55 anos e as mulheres mais 20,81 anos, o que representa ganhos de 1,39 anos e de 1,26 anos, respetivamente, nos últimos dez anos (INE, 2018). Importa, ainda, salientar que durante o mesmo período, o índice de dependência de idosos em Portugal aumentou de 31,4 para 32,9 pessoas idosas, por cada 100 pessoas em idade ativa (INE, 2018).

Perante este panorama, do aumento do envelhecimento, surgiu pela Organização Mundial de Saúde (OMS) o conceito de envelhecimento ativo, que consiste no processo de otimização de condições de saúde, participação e segurança, de modo a melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem (WHO, 2002). Este modelo depende de uma diversidade de fatores designados de “determinantes”, os quais, são de ordem pessoal (fatores biológicos, genéticos e psicológicos), comportamental (estilos de vida saudável e participação ativa no cuidado da própria saúde), económica (rendimentos, proteção social, oportunidades de trabalho digno), do meio físico (acessibilidade a serviços de transporte, moradias e vizinhança seguras e apropriadas, água limpa, ar puro e alimentos seguros), sociais (apoio social, educação e alfabetização, prevenção de violência e abuso), e ainda relativos aos serviços sociais e de saúde de que as pessoas beneficiam (orientados para a promoção da saúde e prevenção de doenças, acessíveis e de qualidade) (Organização Mundial de Saúde, 2009). Cada um dos determinantes do envelhecimento ativo desdobra-se em inúmeros aspetos, donde têm emergido sobretudo políticas a implementar pelos governos e instituições (Paúl & Ribeiro, 2012).

Assim, as políticas públicas devem permitir desenvolver ações mais próximas dos cidadãos idosos, o que vai de encontro ao preconizado pela Direção Geral de Saúde (DGS), através da elaboração do Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (PNSPI), o qual assenta em três pilares fundamentais, nomeadamente, *“promoção de um envelhecimento ativo, ao longo de toda a vida; maior adequação dos cuidados de saúde às necessidades específicas das pessoas idosas; e, promoção e desenvolvimento intersectorial de ambientes capacitadores da autonomia e independência das pessoas idosas”* (DGS, 2006, p. 15).

Neste sentido é essencial pensar o envelhecimento ao longo da vida, numa atitude mais preventiva e promotora da saúde e da autonomia, de que a *“prática de atividade física moderada e regular, uma alimentação saudável, o não fumar, o consumo moderado de álcool, a promoção dos fatores de segurança e a manutenção da participação social são aspetos indissociáveis”* (DGS, 2006, p. 5). Contudo, deve-se ter em atenção que a

*“promoção de um envelhecimento saudável diz respeito a múltiplos sectores, que envolvem nomeadamente a saúde, a educação, a segurança social e o trabalho, os aspetos económicos, a justiça, o planeamento e desenvolvimento rural e urbano, a habitação, os transportes, o turismo, as novas tecnologias, a cultura e os valores que cada sociedade defende e que cada cidadão tem como seus”* (DGS, 2006, p. 5).

Para além das suas determinantes, o envelhecimento ativo implica autonomia (controlo), independência (nas Atividades de Vida Diária (AVD) e nas Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD)), qualidade de vida e expectativa de vida saudável (Paúl, 2005). Contudo, importa considerar os aspetos valorizados pelas próprias pessoas idosas na definição do seu bem-estar, bem como na adequação do ambiente social e físico em que estão inseridos (Paúl & Ribeiro, 2012).

Neste sentido, destaca-se a importância do papel dos suportes sociais no processo de envelhecimento, referindo-se este ao efeito protetor de evitar o *stress* ou efeito de “almofada” que amortece o *stress* associado ao envelhecimento (Paúl, 2005). Assim, surge a necessidade de encontrar suportes sociais de apoio às pessoas idosas, podendo estes serem informais ou formais. Os suportes sociais informais são os familiares, amigos, vizinhos membros de grupos religiosos e outras pessoas da comunidade (Rocha, Vieira, & Sena, 2008), apresentado um carácter voluntário.

A família representa, ainda, um grande pilar na responsabilidade pelas pessoas idosas, o que corrobora com a tendência endossada pelas atuais políticas públicas que defendem que a maioria das pessoas mais velhas vai envelhecer em sua casa e comunidade (Dobner *et al.*, 2014), o que traduz aquilo a que se chama de *ageing in place*. O conceito de *ageing in place* refere-se à capacidade da pessoa mais velha viver na sua própria casa, onde quer que esta possa ser, enquanto se possa sentir seguro de si e confortável (Yen & Anderson, 2012). O facto de permanecerem na sua casa, no seu bairro e comunidade é crucial quando se discute a qualidade de vida, saúde e bem-estar das pessoas idosas (Howden-Chapman, Crane, & Signal, 1999).

Segundo Sixsmith e Sixsmith (2008), a estratégia definida para ajudar as pessoas mais velhas a permanecerem nas suas casas terá dois benefícios, não só para a sociedade em termos da redução dos custos, mas também benefícios individuais para a saúde e qualidade de vida das pessoas idosas. A casa oferece à pessoa idosa um sentido de independência, segurança, privacidade e conforto, conferindo um controlo considerável no acesso ao domínio privado do indivíduo e a capacidade de poder “fechar a porta” para o mundo exterior é fundamental para manter o controlo sobre a própria vida e, por isso, um sentido de identidade. Por outro lado, a casa é um lugar importante socialmente, especialmente em termos de ser capaz de socializar com a família, amigos e vizinhos e como forma de manter essas redes. Também o ambiente físico da casa pode ser visto como um meio material e simbólico para a preservação da independência. Logo, as exigências da vida diária em casa podem ajudar a preservar habilidades enquanto servem para demonstrar a capacidade de se manterem independentes (Sixsmith & Sixsmith, 2008).

Existem, porém, limitações e possíveis desvantagens do *ageing in place*, nomeadamente a falta de adequação das condições da habitação e da comunidade, bem como o aumento do risco de solidão e falta de apoio social, quer em casa quer na comunidade (Howden-Chapman *et al.*, 1999). Portanto, as famílias são importantes mas sozinhas não conseguem providenciar o cuidado que as pessoas idosas precisam, levando estas a recorrer às instituições que prestam apoio às pessoas idosas, representando estas os suportes sociais formais (CML, 2011).

Embora as políticas públicas priorizem a família como responsável do cuidado à pessoa idosa, existe consenso de que, em muitos momentos, a institucionalização se torna uma alternativa importante, que

deve assegurar a qualidade de vida e satisfação, tanto das pessoas idosas como das suas famílias (Piuvezam *et al.*, 2016).

Segundo a Direção-Geral da Segurança Social (2018), os suportes sociais formais visam *“assegurar a prevenção e reparação das situações de carência e dependência, assegurando especial proteção aos grupos mais vulneráveis”* (p.12), designadamente das pessoas idosas em situação de dependência ou de carência económica ou social e podem ser desenvolvidas pelo *“Estado, pelas autarquias e por instituições privadas sem fins lucrativos”* (p.12). Existem diversos suportes sociais formais, que se apresentam sob vários tipos de modalidades, também conhecidas como valências, nomeadamente: o Acolhimento Familiar; o Centro de Convívio; o Centro de Dia; o Centro de Noite; o Serviço de Apoio Domiciliário (SAD); as Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI).

Segundo a Portaria n.º 67/2012 Ministério da Solidariedade e da Segurança Social (MSSS), de 21 de março, os objetivos das ERPI são *“proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas; contribuir para a estimulação de um processo de envelhecimento ativo; criar condições que permitam preservar e incentivar a relação intrafamiliar; e potenciar a integração social”* (p. 1324).

Deve, por isso, reger-se pelos seguintes princípios de atuação *“qualidade, eficiência, humanização e respeito pela individualidade; interdisciplinaridade; avaliação integral das necessidades do residente; promoção e manutenção da funcionalidade e da autonomia; e participação e corresponsabilização do residente ou representante legal ou familiares, na elaboração do plano individual de cuidados”* (Portaria n.º 67/2012, p. 1325).

Estes equipamentos destinam-se

*“à habitação de pessoas com 65 ou mais anos que, por razões familiares, dependência, isolamento, solidão ou insegurança, não podem permanecer na sua residência. Porém, pode também destinar-se a pessoas adultas de idade inferior a 65 anos, em situações devidamente justificadas. Destina-se, ainda, a proporcionar alojamento em situações pontuais, decorrentes da ausência, impedimento ou necessidade de descanso do cuidador”* (Portaria n.º 67/2012, p. 1325).

A ERPI deve prestar um conjunto de atividades e serviços, designadamente

*“alimentação adequada às necessidades dos residentes, respeitando as prescrições médicas; cuidados de higiene pessoal; tratamento de roupa; higiene dos espaços; atividades de animação sociocultural, lúdico-recreativas e ocupacionais que visem contribuir para um clima de relacionamento saudável entre os residentes e para a estimulação e manutenção das suas capacidades físicas e psíquicas; apoio no desempenho das atividades de vida diária; cuidados de enfermagem, bem como o acesso a cuidados de saúde; administração de fármacos, quando prescritos”* (Portaria n.º 67/2012, p. 1325).

Deve permitir, também, a convivência social, através

*“do relacionamento entre os residentes e deste com os familiares e amigos, com os cuidadores e com a própria comunidade, de acordo com os seus interesses; a participação dos familiares ou representante legal, no apoio ao residente sempre que possível e desde que este apoio contribua para um maior bem-estar e equilíbrio psicoafectivo do residente” (Portaria n.º 67/2012, p. 1325).*

Pode, ainda, disponibilizar

*“outro tipo de serviços, visando a melhoria da qualidade de vida do residente, nomeadamente, fisioterapia, hidroterapia, cuidados de imagem e transporte. Deve, igualmente, permitir a assistência religiosa, sempre que o residente o solicite, ou, na incapacidade deste, a pedido dos seus familiares ou representante legal” (Portaria n.º 67/2012, p. 1325).*

De acordo com a mesma Portaria, em termos de condições de implantação, a ERPI *“deve estar inserida na comunidade, preferencialmente em local servido por transportes públicos e ter acesso fácil a pessoas e viaturas”* (Portaria n.º 67/2012, p. 1326). Deve, ainda, ter em conta

*“a proximidade a outros estabelecimentos de apoio social, de saúde e de âmbito recreativo e cultural; a coesão do edifício na malha envolvente urbana, por forma a favorecer a integração, a comunicabilidade e as relações de proximidade e vizinhança; a proximidade a parques urbanos, jardins públicos e outros espaços naturais suscetíveis de proporcionar passeio e convivência social” (Portaria n.º 67/2012, p. 1327).*

O edifício deve ser implantado em *“zona de boa salubridade e longe de estruturas ou infraestruturas que provoquem ruído, vibrações, cheiros, fumos e outros poluentes, considerados perigosos para a saúde pública e que perturbem ou possam interferir no normal quotidiano dos residentes”* (Portaria n.º 67/2012, p. 1327). Além disso, a estrutura residencial deve funcionar, preferencialmente em *“edifício autónomo ou num conjunto edificado autónomo, sendo que a sua conceção deve obedecer a parâmetros espaciais, designadamente de âmbito físico e cognitivo, conducentes ao bem-estar dos residentes”* (Portaria n.º 67/2012, p. 1327). O edifício deve, ainda, *“ter acessos facilitados através da via pública, quer vários quer pedonais, devidamente identificados e legíveis”* (Portaria n.º 67/2012, p. 1327).

Também a Direção-Geral do Ordenamento do Território e Desenvolvimento Urbano (DGOTDU) tece recomendações relativamente à localização deste tipo de equipamento social. Assim, as ERPI devem estar situadas em zonas habitacionais, de acesso fácil e seguro, de preferência localizadas na proximidade de jardins públicos, lugares de culto, zonas comerciais e serviços, como por exemplo correios, banco, etc., bem como, em zonas com acessibilidade às estruturas de saúde e afastadas de zonas poluídas e de ruído intenso (DGOTDU, 2002).

Estas respostas sociais possuem muitos benefícios potenciais além de permitir que as pessoas maiores, que dependam de cuidados, vivam vidas dignas. Estes pretendem reduzir o uso inadequado de sistemas de cuidados agudos, ajudar as famílias a evitarem gastos exorbitantes com a saúde e permitir que as mulheres tenham papéis sociais mais amplos, pois é sobre elas que recai grande parte

do cuidado das pessoas idosas. Ao compartilhar os riscos e encargos associados à dependência de cuidados, as respostas sociais podem, assim, contribuir para a coesão social (Organização Mundial de Saúde, 2015).

Segundo um estudo realizado por Del Duca, Silva e Thumé (2012) em que o objetivo foi identificar indicadores da institucionalização de pessoas idosas, os autores concluíram que a institucionalização foi mais frequente para o sexo feminino. Identificaram que pessoas idosas com idade avançada, que viviam sem companheiro (solteiros, separados e viúvos), não possuíam escolaridade formal e apresentavam incapacidade funcional para atividades básicas da vida diária, apresentavam maior probabilidade de institucionalização. Observaram, ainda, uma tendência inversa entre a ocorrência de institucionalização da pessoa idosa e o nível de atividade física, em que os sujeitos pouco ativos e inativos apresentavam maiores probabilidades de institucionalização.

Neste sentido, Henry, C., Webster-Gandy, J. e Varakamin, C. (2001) referem que os níveis de inatividade física nesta população são elevados, os quais são mais acentuados nas pessoas idosas institucionalizadas. Além disso, o medo de cair é bastante frequente sendo considerado como um fator de risco para a independência do indivíduo institucionalizado (Brouwer, B., Walker, C., Rydahl, S. & Culham, E., 2003; Meereis, E., Favretto, C. & Souza, J., 2013).

## **2.2. Envelhecimento e Atividade Física**

A Atividade Física (AF) tem um papel decisivo na saúde e bem-estar das populações, ao estar diretamente ligada à prevenção de um conjunto importante de doenças (DGS, 2017). Os benefícios da atividade física na saúde são independentes do sexo, idade, etnia, capacidade física ou da existência de doença crónica, deficiência física ou intelectual. Contudo, o estilo de vida das sociedades europeias traduz-se em comportamentos crescentemente menos ativos, estando a economia sustentada, cada vez mais, em profissões/ocupações muito sedentárias (International Sport and Culture Association & Centre of Economics and Business Research, 2015). Para os adultos no mercado de trabalho, os menos ativos apresentam mais absentismo e mais gastos em cuidados de saúde. Em termos económicos, estima-se que a inatividade física custe 150-300 euros/ano por cada cidadão Europeu. No caso de Portugal, estima-se que cerca de 14% das mortes anuais esteja associada à inatividade física, um valor superior à média mundial, que se encontra abaixo de 10% (Global Observatory for Physical activity, 2016).

Existe uma forte evidência de que a atividade física reduz as taxas de doença coronária, hipertensão arterial, acidente vascular cerebral, síndrome metabólico, diabetes tipo II, cancro da mama, cancro colorretal, depressão e queda (Ding *et al.*, 2016; Lee *et al.*, 2012). Há, ainda, evidência forte para um efeito na aptidão cardiorrespiratória e muscular, no peso e composição do corporal, na saúde óssea, na funcionalidade e autonomia física, tal como na função cognitiva (DSG, 2017).

Atividade física, é um termo abrangente que designa qualquer movimento realizado pela musculatura esquelética do corpo (músculos principais), que resulte num dispêndio energético acima dos valores de repouso. (DGS, 2017; Matsudo *et al.*, 2001) ou, ainda, ser entendida como “*todo o movimento da vida diária, incluindo o trabalho, a recreação, o exercício físico e as atividades desportivas*” (Araújo,

2011, p.13). O aumento da prática de atividade física traduz-se em níveis superiores de satisfação com a vida, autoestima e crescimento pessoal. Contudo, esta é muitas vezes confundida com exercício físico, que compreende toda a prática consciente de atividade física, realizada com um objetivo específico (por exemplo, melhorar a saúde) e bem delineada no tempo, com ou sem prescrição, sendo geralmente planeada (DGS, 2017).

A atividade física contribui para a longevidade, logo as pessoas que são fisicamente ativas tendem a viver mais, havendo um efeito na redução do risco de morte com a sua prática regular (Arem *et al.*, 2015). O movimento é essencial para que a pessoa idosa mantenha o equilíbrio fisiológico e psicológico que lhe permita gozar uma velhice plena e manter-se autónomo e ativo. Um considerável efeito protetor é conseguido com a prática de, pelo menos, 30 minutos de atividade física moderada (por exemplo, caminhada), pelo menos, cinco dias por semana (Fernandes, Pereira, Ramalho & Oliveira, 2009; Matsudo *et al.*, 2001; DGS, 2017). A importância da atividade física ao longo do ciclo de vida, sobretudo em idade mais avançadas, fica demarcada, também pelo seu papel preventivo no que diz respeito às doenças neurodegenerativas, nomeadamente a doença de Alzheimer (Buchman *et al.*, 2012), assim como, está associada também com uma maior mobilidade, capacidade funcional e qualidade de vida durante o envelhecimento (Barnes & Yaffe, 2011; Matsudo *et al.*, 2001).

Também a caminhada praticada no tempo de lazer contribui tanto para a saúde psicológica, como para a física de pessoas idosas. Os benefícios da caminhada na opinião das pessoas idosas praticantes são fisiológicos (fortalecimento muscular, melhora da tensão arterial, diminuição das dores nos membros inferiores, melhora da artrose e artrite, e melhora da aptidão física e estética), psicológicos (aumento da boa disposição, melhora do bem-estar, humor e alegria) e sociais (aumento da socialização) (Krug *et al.*, 2011).

Vários determinantes individuais influenciam a participação na atividade física, incluindo o género, a idade, as habilidades individuais, a capacidade ou limitação, as crenças, as atitudes e a motivação. Os impedimentos incluem a falta de tempo percebida, a falta de motivação e preocupações com a segurança. O ambiente social inclui diversas dimensões que são conhecidas por influenciar a participação na atividade física, incluindo a posição socioeconómica e a equidade (Centro de Investigação em Actividade Física e Lazer, 2006).

Num estudo que teve como objetivo avaliar os níveis de atividade física de uma população rural portuguesa e contextualizar as implicações práticas na saúde, os resultados indicam uma tendência de os indivíduos do género masculino serem mais ativos do que os do género feminino, principalmente em atividades vigorosas e intensas, excetuando o ambiente familiar. Constata-se, ainda, que baixos níveis de atividade física e hábitos de vida sedentários podem ter consequências nocivas para a saúde, principalmente no que diz respeito ao aumento de doenças cardiovasculares, hipertensão arterial e risco de incidência de cancro (Dias, *et al.*, 2014).

Outro estudo que pretendia estimar a prevalência da prática de atividade física de adultos e a sua associação com fatores sociodemográficos e ambientais, em que a atividade física foi considerada nos domínios, lazer (prática de uma modalidade desportiva/exercício físico), trabalho (carregar pesos ou caminhar bastante), atividades domésticas (limpeza e arrumações) e deslocamento (caminhada ou uso

da bicicleta para ir e voltar do trabalho), os homens foram mais ativos que as mulheres em todos os domínios, exceto nas atividades domésticas. A proporção de indivíduos ativos decresceu com o aumento da idade, principalmente a partir dos 55 anos, em que os níveis de atividade física são menores em todos os domínios. Verificou-se, ainda uma associação direta entre a escolaridade e a atividade física no lazer. Também, a existência de locais para a praticar atividade físicas próximos da residência foi associada à atividade física no lazer (Florindo, Hallal, Moura, & Malta, 2009).

Segundo o Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física, verifica-se um claro aumento da prática regular de atividade física com o aumento da escolaridade. Por exemplo, cerca de 53% da população nacional com habilitações académicas ao nível do ensino superior refere ter uma prática regular de atividade física, percentagem que diminui para 42% na população com habilitações ao nível do 3º ciclo do ensino básico ou ensino secundário e para 28% na população com habilitações ao nível do 2º ciclo do ensino básico ou abaixo (Lopes *et al.*, 2017)

Os principais motivos apontados para a prática de desporto e atividade física, nos adultos, prendem-se com a saúde (67%), a necessidade de relaxar (32%) e a melhoria da aparência física (28%), sendo apontadas como principais barreiras à prática a falta de tempo (33%) e de motivação/interesse (26%) (European Commission, 2014).

Tendo como pano de fundo o papel fundamental da atividade física na saúde e bem-estar das populações, e perante a realidade portuguesa e internacional com muita margem de progresso, o envolvimento de múltiplos atores sociais e políticos é necessário para que se concebam políticas e ações modificadoras da realidade, rumo a uma população mais ativa, menos sedentária e com mais saúde transversal a diferentes fases do ciclo de vida, condições de saúde, contextos socioeconómicos e circunstâncias da vida (DGS, 2017).

O ambiente natural e construído pode atuar como uma barreira, reforçando o comportamento sedentário e a dependência do automóvel. Porém, pode e deve incentivar estilos de vida mais ativos. O ordenamento do território, as vias públicas e o sistema de transportes de uma cidade podem influenciar as escolhas por uma mobilidade mais ou menos ativa. Andar a pé ou de bicicleta, como meio de transporte ou de lazer, deve tornar-se numa das estratégias mais práticas e sustentáveis para aumentar a atividade física dos cidadãos de todas as idades (DGS, 2017).

### **2.3. Envelhecimento, Mobilidade Pedonal e Ambiente Construído**

O envelhecimento tem despertado grande interesse tanto na área das políticas públicas como da saúde, pois o avançar da idade traz consigo a deterioração estrutural e funcional da maioria dos sistemas fisiológicos, mesmo na ausência de doenças. Essas mudanças relacionadas à idade, afetam uma ampla variedade de tecidos, órgãos, sistemas e funções, que, cumulativamente, podem prejudicar a realização das atividades da vida diária, a independência física e a mobilidade (Ramos, 2003; Veras, 2009). A literatura demonstra que o ambiente construído é parcialmente responsável pela mobilidade da população (Cervero, 2003; Handy, 1996; Handy *et al.*, 2005). As pessoas idosas, necessitam de ambientes que lhes facilitem a independência, para compensar as alterações físicas e sociais decorrentes do envelhecimento (WHO, 2008).



As características do ambiente como a localização geográfica, nível socioeconómico, infraestruturas locais e disponibilidade de serviços têm implicações importantes sobre a saúde de quem reside na zona urbana (Diez Roux, 2007). A promoção da acessibilidade na via pública e nos edifícios constitui um elemento fundamental para a qualidade de vida de todos os cidadãos, sendo sentida de forma mais acentuada por aqueles que têm limitações de mobilidade. A acessibilidade tem vantagens para todos os cidadãos, para a comunidade e para o Estado, visto que

*“permite o exercício pleno de cidadania e participação ativa nos diversos domínios de atividade da sociedade; assegura ao maior número possível de cidadãos a possibilidade de viverem integrados na sua comunidade em situações de igualdade de oportunidades; contribui para que os espaços e serviços ofereçam condições de segurança e conforto; e assegura com menores encargos uma vida mais autónoma e independente a todos os cidadãos” (DL n.º 163/2006, p. 5671).*

Num estudo que se focou na relação entre características do ambiente construído e a mobilidade da população no contexto de cidades médias portuguesas (Castelo Branco, Faro, Santarém e Vila Real), observou-se que as características do ambiente construído do local de residência constituem um determinante da mobilidade, tal como as condições socioeconómicas da população. As condições de acessibilidade do local de residência na mobilidade também exercem um pequeno efeito sobre a mobilidade (Vale, Alves, Bento, Rosa & Pereira, 2015).

Acessibilidade é um atributo essencial do ambiente que garante a melhoria da qualidade de vida das pessoas. Deve estar presente nos espaços, no meio físico, no transporte, na comunicação, inclusive nos sistemas e tecnologias da informação e comunicação, como também nos serviços e instalações abertos ao público ou de uso público, tanto na zona urbana como na rural (Ribeiro, Mamed & Souza, 2015).

As características socioeconómicas e o potencial de mobilidade da população são em si mesmo um importante determinante da mobilidade. Contudo, nas cidades de média dimensão o ambiente construído do local de residência é também um determinante da mobilidade da população, tanto em modos ativos como em automóvel, o que reforça a importância do planeamento regional e urbano como ferramenta de promoção da mobilidade urbana sustentável também em contextos urbanos. Os resultados parecem indicar que, se bem que a utilização de transportes públicos seja muito reduzida nestas cidades, a mobilidade pedonal pode de facto constituir uma prioridade para a promoção da mobilidade urbana sustentável nestas cidades. Como principais exemplos desta promoção deverá estar o assegurar de boas condições de acessibilidade pedonal no território, as quais devem ser asseguradas através da manutenção das curtas distâncias entre origens e destinos, para a qual os instrumentos de gestão territorial e as políticas de transportes têm um papel muito importante a desempenhar (Vale, Alves, Bento, Rosa & Pereira, 2015).

O urbanismo, forma como o ambiente construído se dispõe pelo território, é um dos fatores que mais influencia a atividade física quotidiana (PANAF, 2018). O ambiente construído envolve a utilização do espaço urbano, e todos os edifícios, espaços e todos os elementos que se constroem ou modificam, isto é, compreende as construções, espaços e objetos que são criados ou alterados pelo homem (Hino

et al., 2010; Sallis, 2009). Inclui, assim, casas, escolas, posto de trabalho, parques, zonas recreativas, espaços verdes, zonas industriais e sistemas de transporte (Centro de Investigação em Actividade Física e Lazer, 2006).

Quem vive em zonas suburbanas, onde as atividades diárias estão mais distantes umas das outras e onde o ambiente urbano é menos amigável para a mobilidade ativa, deslocções a pé ou em bicicleta, têm tendência a incorporar menos atividade física na sua rotina diária do que quem vive num centro urbano. Uma zona urbana compacta e com boas condições de segurança e conforto para andar a pé e de bicicleta, bairros de fácil acesso a zonas verdes e espaços públicos de qualidade, baixos níveis de poluição sonora e atmosférica, boas redes de transportes, convidam a que se use menos o automóvel (PANAF, 2018).

Os fatores que induzem a mobilidade podem ter um carácter exterior, relativo ao ambiente envolvente do utilizador, ou um carácter individual, relativo ao próprio sujeito que influencia a necessidade, desejo ou intensão em se deslocar. As variáveis associadas aos fatores externos estão correlacionadas, essencialmente com a dimensão e estrutura dos aglomerados populacionais, a existência de infraestruturas de transporte, a oferta de transportes e o seu custo, os horários e a localização das atividades que geram as deslocções, entre outras. Em relação aos fatores individuais referem-se, sobretudo, às características das famílias, ao comportamento do indivíduo e à disponibilidade de veículo para utilização (Gameiro, Rosa & Rodrigues, 2016).

Segundo Burton e Mitchell (2006) existem seis elementos fundamentais a considerar quando se fala de características essenciais nas vias de comunicação. São eles: a familiaridade, a legibilidade, a distintividade, a acessibilidade, o conforto e a segurança (

Diagrama 1).

A *familiaridade* refere-se aos fatores que permitem que as ruas sejam reconhecidas e facilmente compreendidas pelas pessoas idosas. Para tal, é necessário ter em consideração que: i) as ruas, os espaços abertos e construções se encontram há muito tempo estabelecidas; ii) qualquer mudança é em pequena escala e incremental; iii) os novos desenvolvimentos incluem formas locais, estilos, cores e materiais; iv) há uma hierarquia nos tipos de rua, como as estradas principais, estradas paralelas e caminhos, e v) os lugares, as construções, as características arquitetónicas e o mobiliário urbano, estão concebidos de acordo com a familiaridade que podem suscitar nas pessoas mais velhas.

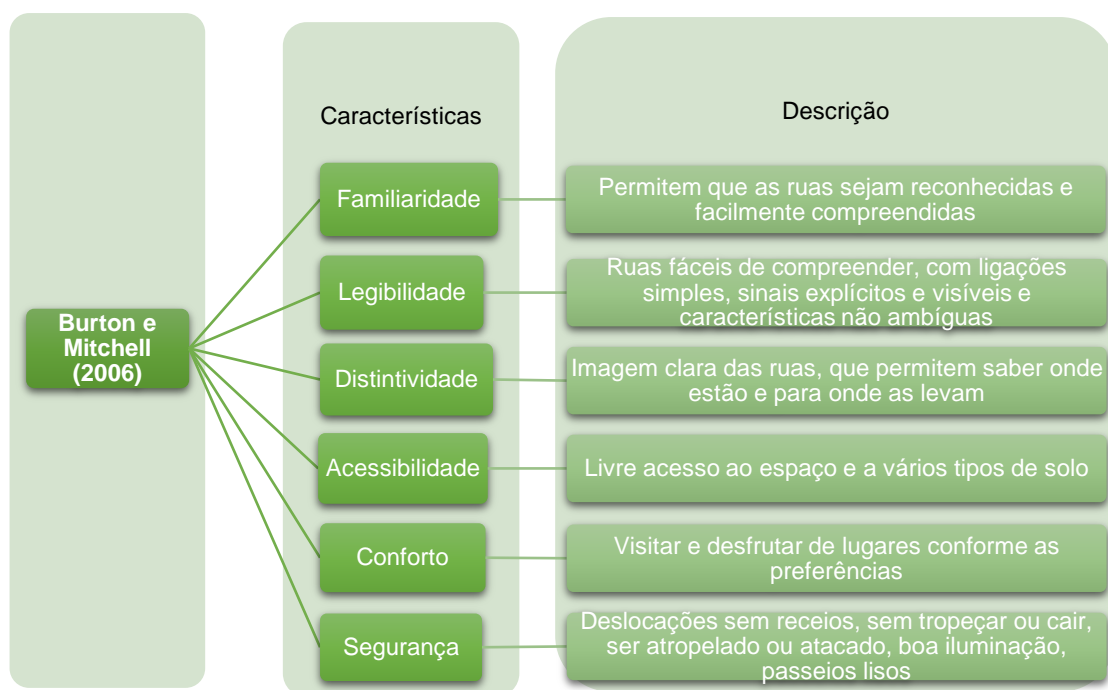
A *legibilidade* remete-se para o facto de as ruas ajudarem as pessoas idosas a compreender e a identificar onde estão e quais os caminhos por onde precisam de ir. Assim, para que existam ruas legíveis deve haver uma rede de ruas fácil de compreender, com ligações simples, sinais explícitos e visíveis e características não ambíguas.

A *distintividade* está relacionada com a imagem clara das ruas onde as pessoas estão, quais são os seus usos e para onde as levam, isto é, ruas distintivas refletem as pessoas locais, que têm uma variedade de costumes, construções típicas, cores e materiais que, no conjunto, atribuem às ruas e construções a sua própria identidade, dentro das características da vizinhança.

A *acessibilidade* refere-se à forma como permite que as pessoas mais velhas cheguem, entrem, usem e caminhem em redor de um local que necessitem ou desejem visitar, ou seja, que tenham livre acesso no espaço e aos vários tipos de solo, independentemente das limitações físicas, sensoriais e/ou mentais que possam apresentar. As habitações devem estar localizadas a não mais de *500m de serviços primários* (mercearia, correios, banco, centro de saúde, espaços verdes, casas de banho públicas, bancos para sentar e transportes públicos) e a não mais que *800m de serviços secundários*, incluindo espaços abertos (parques, loteamentos, espaços recreativos e praças públicas), biblioteca, dentista, oculista, espaços de culto, comunidade e atividades de lazer, casas de banho públicas e lugares para sentar. Devem ser, igualmente, considerados aspetos como: lugares e construções óbvias e entradas fáceis de reconhecer; entradas ao nível do solo sempre que possível, com limites nivelados; lugar para sentar a cada 100m a 125m; estradas bem conectadas; dois metros de largura nas ruas para andar a pé; declives suaves em vez de um ou dois degraus pequenos, onde as mudanças ligeiras de nível são inevitáveis; uma escolha de degraus e uma rampa com o máximo de declive de 1 em 20, onde maior mudança de nível é inevitável; níveis de mudança (onde inevitáveis) devem ser claramente marcados e bem iluminados, com corrimãos, antiderrapantes e superfícies não ofuscantes; os percursos pedestres e as casas de banho públicas devem estar ao nível do solo, tal como, as cabines telefónicas devem ter limites nivelados.

O *conforto* permite às pessoas visitar lugares conforme as suas preferências e para desfrutar por estar fora de casa. Ruas confortáveis são calmas e amigas dos pedestres, apresentando serviços e atividades requeridas pelas pessoas idosas, assim como, por pessoas que estão a experienciar incapacidades temporárias ou permanentes.

*Diagrama 1 – Elementos essenciais das vias de comunicação, segundo Burton e Mitchell (2006)*



*Fonte: (elaboração própria)*

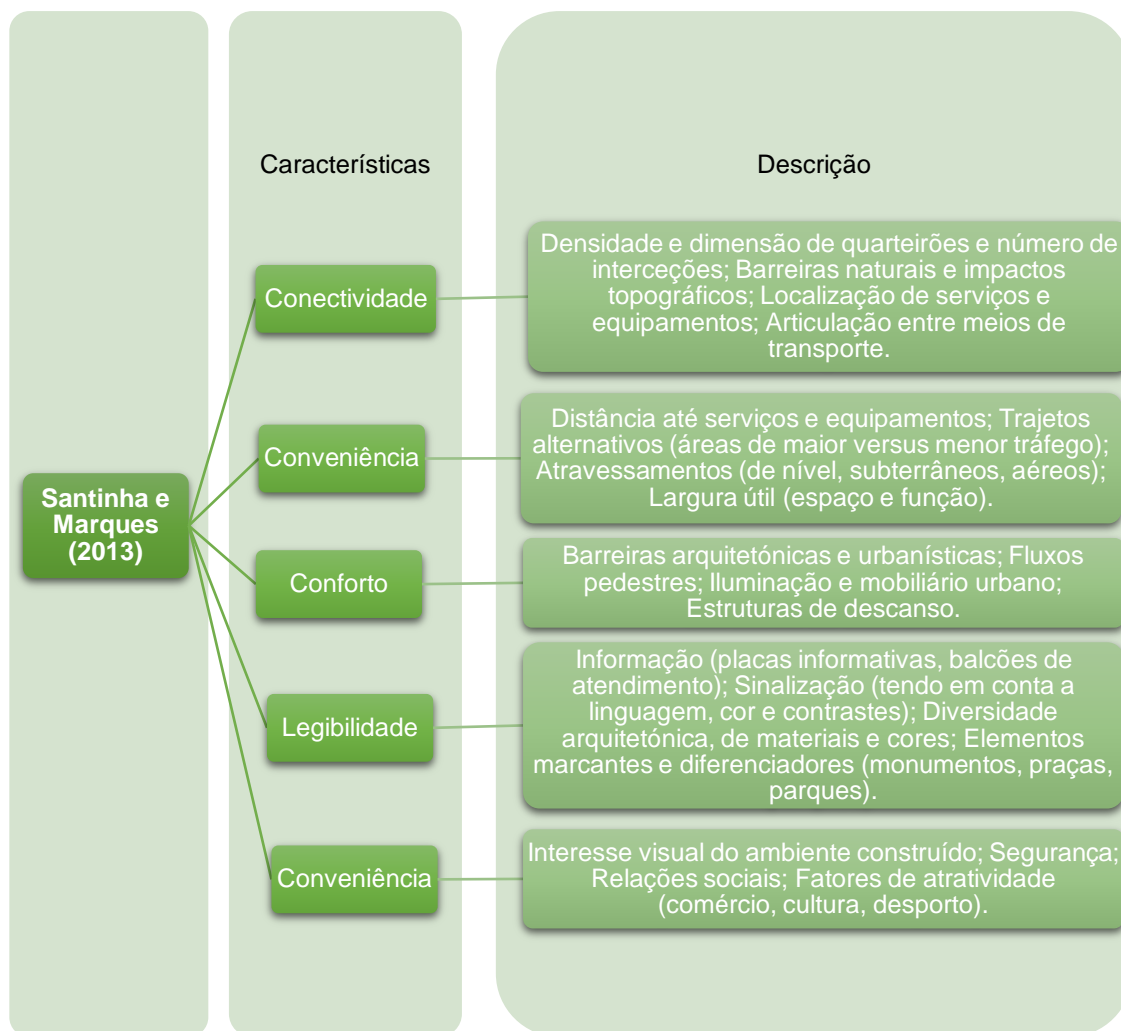
Por último, mas não menos importante, a *segurança*. Esta permite às pessoas usarem, divertir-se e deslocarem-se em torno de espaços abertos sem receios, sem tropeçar ou cair, sem ser atropelado ou atacado. Ruas seguras têm edifícios voltados para elas, ciclovias separadas e largas, boa iluminação, planas e passeios lisos.

Contudo, como Santinha e Marques (2013) referem, espaços sem constrangimentos físicos à mobilidade não são condição única para a indução do deslocamento das pessoas, sendo que a facilidade de deslocamento das pessoas está relacionada com a forma como o ambiente construído apoia e incentiva o caminhar, considerando como elementos essenciais o conforto, a segurança e a oferta de destinos. Para as pessoas idosas, a qualidade do espaço público é determinante para a sua qualidade de vida, em que o planeamento territorial dos serviços e a mobilidade pedonal são de extrema importância (Santinha & Marques, 2013). Relativamente à *qualidade do espaço público*, os autores salientam dois elementos cruciais a serem considerados: (1) a localização dos serviços, a disponibilidade, as características, a diversidade e a sua relação com o meio envolvente; (2) a importância da mobilidade pedonal enquanto fator condicionante, de maior ou menor adequação do espaço e a realização de atividades fundamentais para as pessoas.

Ainda neste âmbito, os mesmos autores, apresentaram uma diversidade de elementos que devem ser tidos em consideração na promoção da mobilidade das pessoas idosas, resultante na análise conjunta de várias informações recolhidas (Santinha & Marques, 2013). São cinco os critérios: conectividade, conveniência, conforto, legibilidade e convivência (Diagrama 2) (Santinha & Marques, 2015).

- A *conectividade* corresponde a uma rede de percursos contínuos, sem barreiras, e que asseguram uma boa ligação entre os principais polos de atração, bem como à rede de transportes coletivos.
- A *conveniência* representa desenhar uma rede pedonal o mais direta possível, combinando os caminhos pedonais, os passeios, as vias mistas com tráfego moderado, as passeadeiras ou passagens subterrâneas, assim como as zonas pedonais.
- O *conforto* está associado a uma deslocação plena e agradável sem quaisquer restrições, proporcionando uma sensação de calma e acolhimento, num espaço livre de barreiras, pavimentos de elevada qualidade, desenho atraente, mobiliário dedicado ao descanso e abrigos.
- A *legibilidade* visa a adoção de percursos facilmente perceptíveis, fáceis de encontrar e de seguir.
- A *convivência* está relacionada com atratividade dos espaços, variedade e riqueza arquitetónica e cultural e interação social.

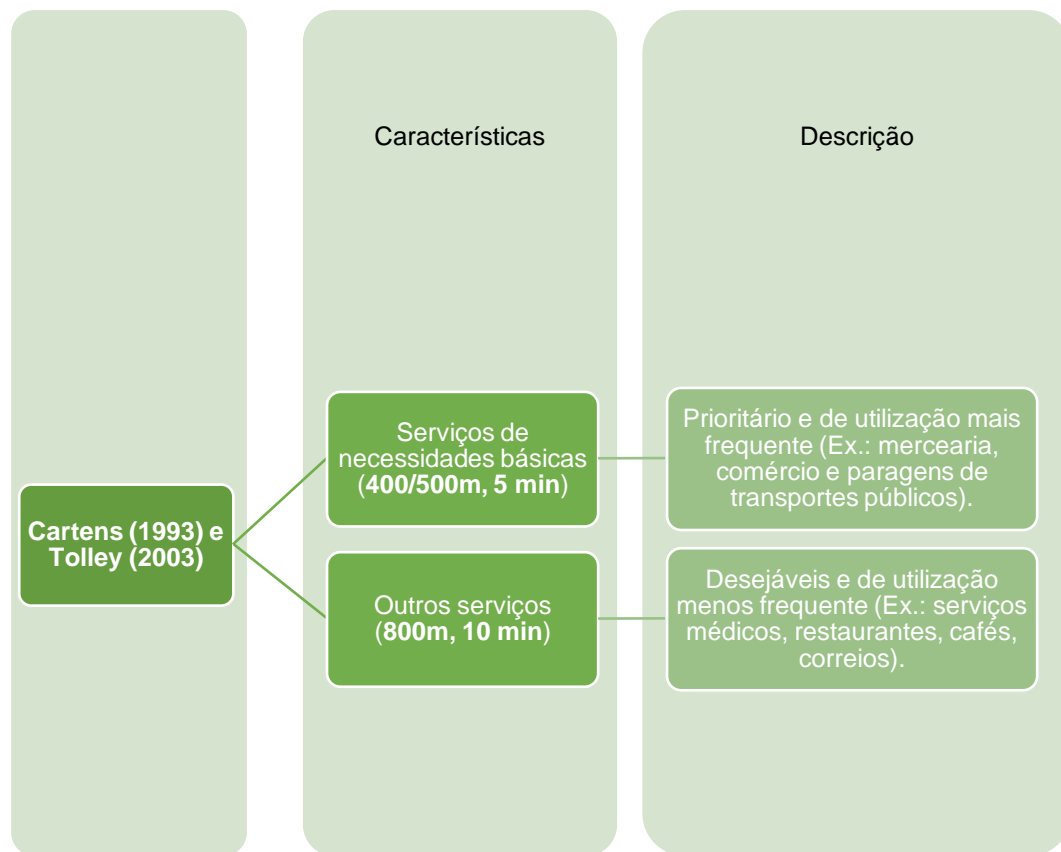
Diagrama 2 – Critérios essenciais para a promoção da mobilidade das pessoas idosas, segundo Santinha e Marques (2013)



Fonte: (Elaboração própria)

Além disso, no que concerne à localização dos serviços, Carstens (1993) e Tolley (2003) mencionam que os *serviços de necessidades básicas* devem estar circunscritos a uma distância de *400m*, demorando as pessoas *cinco minutos* para percorrer essa distância, e que *para outro tipo de serviços* se deve considerar *800m*, sendo que o tempo necessário para a percorrer é cerca do dobro, isto é, *dez minutos* (Diagrama 3) .

Diagrama 3 – Localização dos serviços, segundo Cartens (1993) e Tolley (2003)



Fonte: (Elaboração própria)

Dada a diversidade de aspetos que compõem o ambiente construído, a sua avaliação pode ser complexa, o que inclui: entrevistas para avaliar as perceções das pessoas sobre o ambiente; métodos mais objetivos, como o recurso a observação direta e sistemática do ambiente, e sistemas de informação geográfica, com o uso de imagens de satélites (Brownson, Hoehner, Day, Forsyth, & Sallis, 2009; Hino *et al.*, 2010).

Assim, as barreiras do ambiente construído, como calçadas irregulares ou descontínuas, trânsito intenso de veículos, dificuldade de acesso aos transportes públicos, a comércio e a serviços de saúde são características que dificultam a mobilidade e influenciam a capacidade das pessoas idosas se manterem independentes (Clarke, Ailshire & Lantz, 2009).

Ambientes com infraestruturas adequadas como, disponibilidade de instalações recreativas, calçadas em boas condições, segurança e facilidade de acesso a comércio e serviços de saúde, incentivam atividades ao ar livre, como a prática da caminhada. Ainda, os benefícios de ambientes bem planejados, vão além de influenciar comportamentos ativos, eles promovem a saúde física e mental e interação social das pessoas idosas com a comunidade (Yen, Michael & Perdue, 2009; Burton, Mitchell & Stride, 2011; Macintyre, Ellaway & Cummins, 2002; Kawachi & Subramanian, 2007; Sugiyama & Ward Thompson, 2007).

A prática de atividade física torna-se menos regular com o avanço da idade, o que faz com que os níveis de atividade física da população mais velha sejam mais baixos, quando comparados aos adultos jovens (Hallal, *et al.*, 2012; Guthold, Ono & Strong, 2008; Dumith, Hallal & Reis, 2011; Bauman, *et al.*, 2009).

Pesquisas demonstram que a atividade física realizada como parte integrante da vida diária, por exemplo caminhar como forma de deslocamento ou durante o lazer, é uma das formas mais habituais de atividade física nas pessoas idosas (Giehl, Schneider & Corseuil, 2012). A caminhada é uma atividade física muito atrativa para as pessoas idosas pois é acessível, não requer habilidade/capacidade nem equipamentos especiais, e pode ser praticada em qualquer lugar (Giehl *et al.*, 2012). Alguns estudos sugerem, ainda, que a caminhada geralmente é realizada nas ruas do bairro/vizinhança, portanto as características desses locais podem incentivar ou desmotivar esta atividade (Sugiyama & Ward Thompson, 2007, Eyler, Brownson & Bacak, 2003; Yen, Fandel Flood & Thompson, 2014).

No estudo efetuado por Salvador *et al.* (2009), que pretendeu analisar a associação da atividade Física no lazer com a percepção do ambiente pelas pessoas idosas verificou-se que a presença de zonas desportivas, morar a dez minutos (a caminhar) de instituições bancárias ou centros de saúde, tal como uma boa percepção de segurança durante o dia e ser convidado pelos amigos para fazer atividade física, foram associados com a prática de atividade física no lazer nos homens. A presença de igrejas/templos religiosos a dez minutos de casa e, de ginásios e praças foram associados com a prática de atividade física de lazer nas mulheres.

Outra investigação que pretendeu, também, estimar a prevalência da prática de atividade física de lazer em pessoas idosas, assim como, analisar a sua associação com a percepção do ambiente, concluiu que a existência de calçadas, ciclovias e caminhos pedonais no bairro, tal como os participantes que referiram receber o apoio de amigos ou vizinhos para realizar atividade física, foram mais ativos no lazer (Giehl *et al.*, 2012).





### 3. PARTICIPANTES E MÉTODOS

Neste capítulo serão apresentadas as diretrizes metodológicas da presente investigação. Assim, serão descritos o desenho de investigação, os procedimentos metodológicos, os instrumentos de recolha de dados, a análise dos dados e as considerações éticas.

#### 3.1. Desenho de Investigação

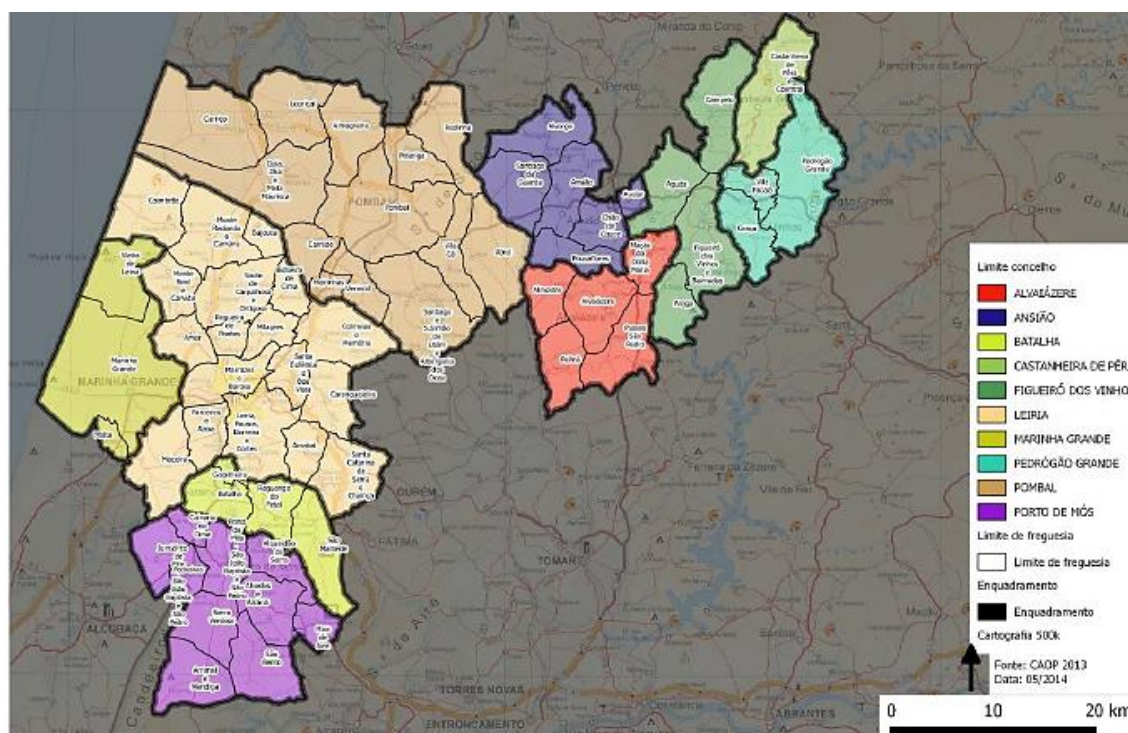
A opção metodológica desta investigação incidiu num desenho descritivo e exploratório, uma vez que se pretende descobrir, explorar, descrever um fenómeno pouco conhecido e compreender a sua essência, considerando os diferentes aspetos do fenómeno do ponto de vista dos participantes, para posteriormente poder interpretá-lo (Fortin, 2009). A investigação contemplou, ainda, o uso de métodos mistos de recolha e análise de dados, isto é, a utilização de duas ou mais estratégias, qualitativa e/ou quantitativa, dentro do mesmo projeto (Driessnack, Sousa, & Mendes, 2007).

#### 3.2. Procedimentos Metodológicos

Nos procedimentos metodológicos serão enunciados a escolha do contexto, o recrutamento dos participantes e as fases em que a investigação se desenrolou.

##### 3.2.1. Contexto

O contexto escolhido para a realização da investigação foi o concelho de Leiria, por ser o concelho de residência da autora, o que possibilitou maior facilidade na recolha de dados.



Fonte: Comunidade Intermunicipal da Região de Leiria (CIRL)

Figura 1 – Mapa dos concelhos pertencentes ao distrito de Leiria

O Concelho de Leiria pertence ao Distrito de Leiria, situado na região centro e sub-região do Pinhal Litoral. Segundo os censos de 2011, apresenta cerca de 126 mil habitantes, sendo que 60 mil se encontram no seu perímetro urbano, o que faz dele o segundo concelho mais populoso das Beiras, só superado por Coimbra. É limitado a norte/nordeste pelo concelho de Pombal, a leste pelo de Ourém, a sul pelos municípios da Batalha e Porto de Mós, a sudoeste pelo concelho de Alcobaça, a oeste pelo concelho da Marinha Grande e a noroeste pelo oceano Atlântico (DPO, 2015), como se pode verificar na Figura 1.

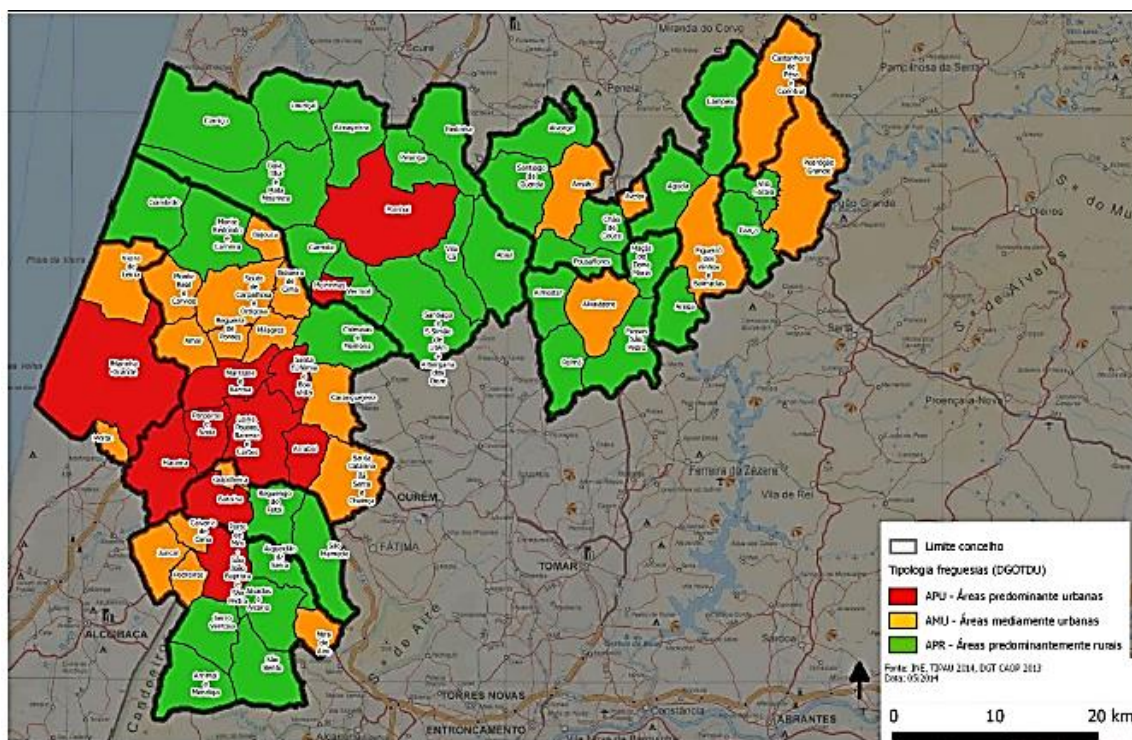


Fonte: Site CML

Figura 2 – Mapa do concelho de Leiria e as respetivas freguesias.

O concelho de Leiria está subdividido em 18 freguesias, conforme se pode verificar na Figura 2. As diferentes freguesias estão categorizadas, segundo o INE, em três tipologias: área predominantemente urbana (APU), área mediantemente urbana (AMU) e área predominantemente rural (APR) (INE, 2011).

As freguesias com área predominantemente urbana (APU) são seis (Freguesia da Maceira, Freguesia Leiria, Pousos, Barreira e Cortes, Freguesia de Parceiros e Azoia, Freguesia de Marrazes e Barosa, Freguesia de Santa Eufémia e Boa Vista e Freguesia do Arrabal) e as que apresentam área predominantemente rural (APR) são três (Freguesia do Coimbrão, Freguesia de Monte Redondo e Carreira e Freguesia de Colmeias e Memória), conforme se pode verificar na Figura 3, onde as freguesias APU estão identificadas a vermelho e as APR, a verde.



Fonte: CIMRL

Figura 3 – Mapa com as diferentes tipologias de freguesias do distrito de Leiria

### 3.2.2. Recrutamento dos participantes

Após a identificação das freguesias em APU e APR, foi realizado o levantamento das ERPI existentes no concelho de Leiria, através da consulta da Carta Social. Esta trata-se de uma página da *internet* desenvolvida pelo Gabinete de Estratégia e Planeamento (GEP), que apresenta uma análise da dinâmica da Rede de Serviços e Equipamentos Sociais (RSES), de forma a “*dar a conhecer as respostas sociais, no âmbito da ação social, tuteladas pelo Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, em funcionamento no Continente, a sua caracterização, localização territorial, equipamentos e entidades de suporte*” (GEP, 2016).

Nesse levantamento foram considerados dois filtros. Primeiro, foram apenas selecionadas as instituições que pertenciam às freguesias consideradas em APU e em APR, isto é, meio urbano e rural. Segundo, foram eliminadas todas as entidades lucrativas, pois só se pretendeu efetuar o estudo em ERPI, registadas na Segurança Social, como Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS). Assim, foram identificadas 14 instituições em meio urbano, distribuídas pelas seis freguesias e apenas três em meio rural, distribuídas por duas das três freguesias.

Posteriormente, foi realizado um contacto prévio, via telefone e/ou correio eletrónico (*email*), para averiguar a existência de um número mínimo de utentes (uma média de oito utentes) que reunissem os seguintes critérios de inclusão: ter 65 ou mais anos, um discurso coerente e articulado e deslocar-se para o exterior da instituição.

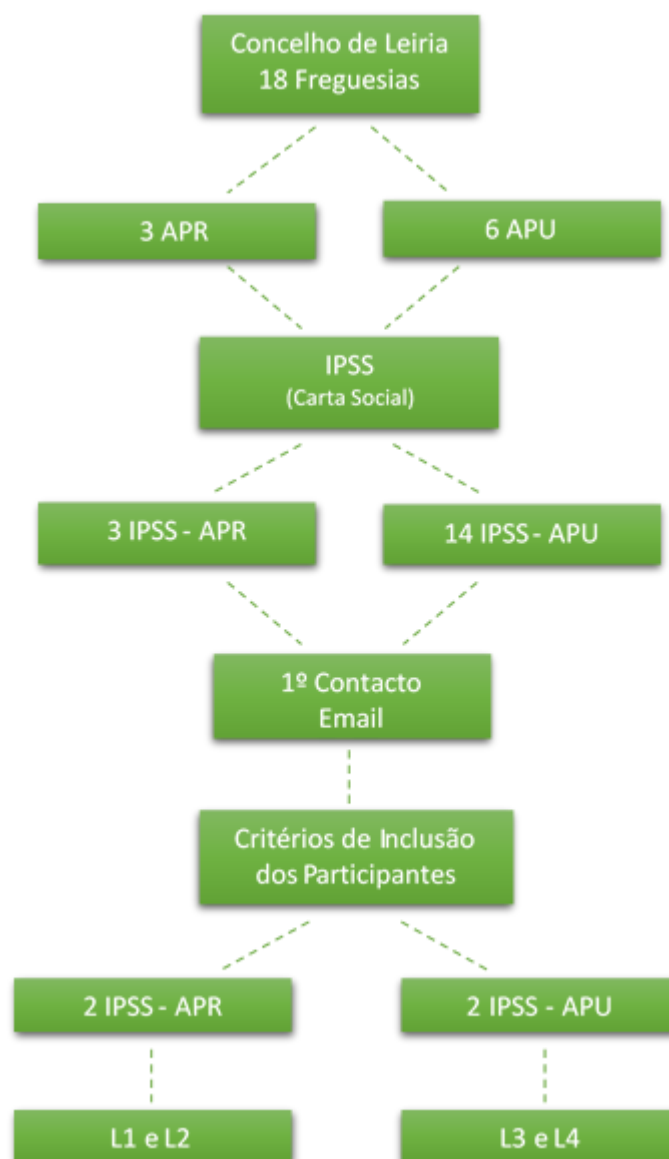


Do levantamento efetuado foram selecionadas duas ERPI em APR e outras duas em APU. Estas pertencem a três freguesias do concelho de Leiria, nomeadamente, União de freguesias Leiria, Pousos Barreira e Cortes, União de freguesias Colmeias e Memória e União de freguesias de Monte Redondo e Carreira, sendo que a primeira pertence ao meio urbano e as restantes ao meio rural.

Em APR foram selecionadas o *Centro Social Nossa Senhora da Piedade* (L1) e a *Associação de Melhoramento e Bem-Estar da Memória* (L2), enquanto que em APU foram selecionadas as instituições com o maior número de utentes que reuniam os referidos critérios, nomeadamente: *Lar São Francisco* (L3) e o *Lar Nossa Senhora da Encarnação* (L4). Deste modo, foi constituída uma amostra não probabilística, por conveniência.

O seguinte diagrama (Diagrama 4) apresenta os diferentes procedimentos efetuados para fazer o levantamento e a seleção dos equipamentos, distribuídos pelas diferentes freguesias.

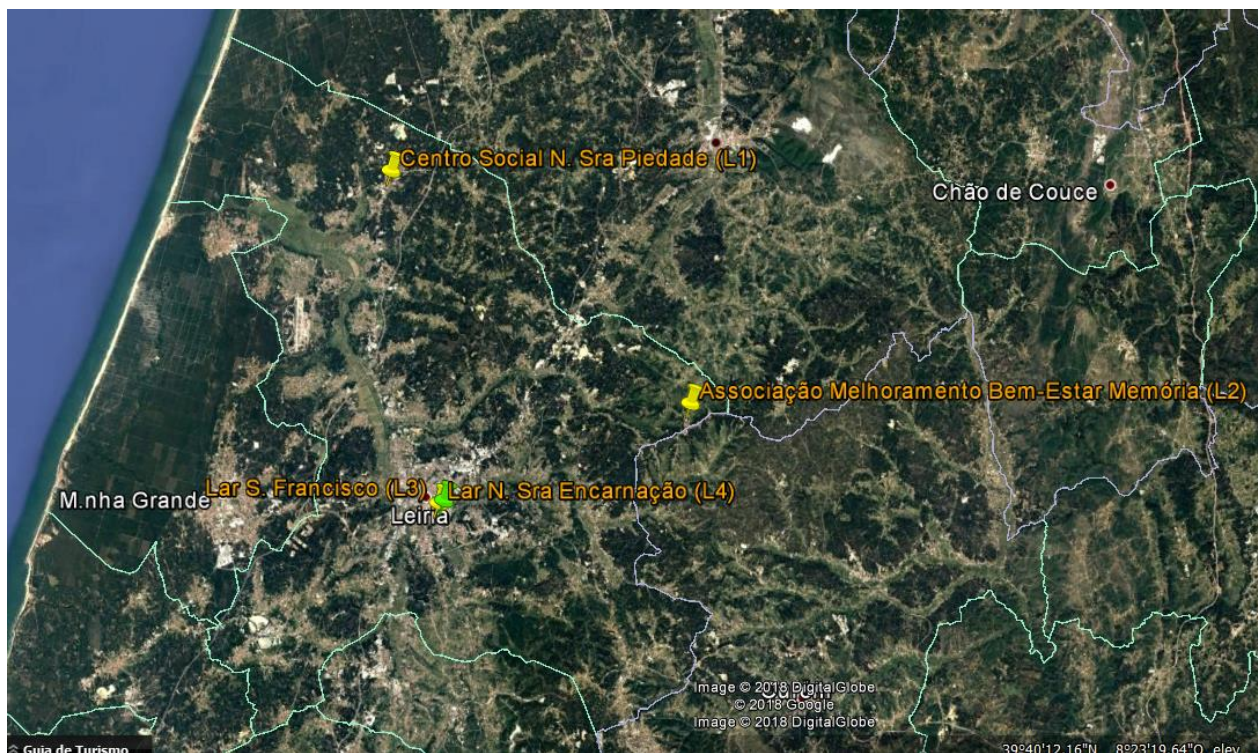
*Diagrama 4 – Procedimento utilizado para selecionar as instituições/equipamentos.*



*Fonte: Elaboração própria*

## Caracterização das instituições e do seu contexto envolvente

Seguidamente, será apresentada uma breve caracterização das instituições e do seu contexto envolvente de forma a introduzir o mapeamento, que se realizou posteriormente. Na Figura 4, está apresentada a localização espacial das quatro instituições selecionadas.



*Figura 4 – Localização espacial das instituições no concelho de Leiria.*

### L1 – Centro Social N. Sr.<sup>a</sup> da Piedade



*Figura 5 – L1 – Centro Social N. Sr.<sup>a</sup> da Piedade*

O Centro Social de Monte Redondo, ativo no serviço à comunidade desde 1995, deve o seu nome à padroeira da freguesia e paróquia, Nossa Senhora da Piedade. Atualmente a exercer funções nas novas instalações, inauguradas recentemente e situadas no centro da vila de Monte Redondo, junto à Igreja Matriz.

As antigas instalações funcionavam na Casa Paroquial (1995) somente com as valências de Centro de Dia e Apoio Domiciliário. Mais tarde, por uma questão de necessidade de ajustamento à população, foram inauguradas as novas instalações, continuando a assegurar as duas valências. Em 2007, a fim de completar o serviço à comunidade, foi criada a valência de Lar, que alberga cerca de 25 utentes. Compreendendo os serviços de refeições, higiene e conforto pessoal dos utentes, apoio permanente nos cuidados de saúde, apoio religioso, apoio social e psicológico. Possui transporte de utentes, tanto para deslocações médicas, hospitalares e exames de rotina, bem como para deslocações do foro lúdico e recreativo dos utentes.

O Centro Social N. Sr.<sup>a</sup> da Piedade está inserido, segundo a nova reforma administrativa do território, na União de Freguesias de Monte Redondo e Carreira, constituída por 50,91 km<sup>2</sup> de área e 5564 habitantes (INE, 2011), sendo que a sua densidade populacional é de 109,3 habitantes/km<sup>2</sup>.

## **L2 – Associação de Melhoramento e Bem-Estar da Memória**



*Figura 6 – L2 – Associação de Melhoramento e Bem-Estar da Memória*

A Associação de Melhoramento e Bem-Estar da Memória situa-se na União de Freguesias de Colmeias e Memória, que se situa em meio rural. Está ao dispor da sua comunidade com três respostas sociais: apoio domiciliário, centro de dia e estrutura residencial para idosos, sendo esta última a mais representativa dos serviços prestados. Possui capacidade para 21 utentes. Situa-se numa zona pouco povoada, constituída maioritariamente por emigrantes e ex-emigrantes.



A União de Freguesias abrange uma área de 46,57 km<sup>2</sup> e apresenta um total de 4085 habitantes (INE, 2011), sendo que apenas 807 residem na antiga Freguesia da Memória, que corresponde a uma área de 11, 18km<sup>2</sup>. A sua densidade populacional é de 87,7 habitantes/km<sup>2</sup>.

### **L3 – Lar S. Francisco**



*Figura 7 – L3 – Lar de S. Francisco*

Pertence à Fraternidade da Ordem Franciscana Secular de Leiria. Caracteriza-se por ser uma IPSS, que, tal como outra qualquer, segue o objetivo de dar relevância ao dever moral de solidariedade e de justiça entre os indivíduos. Atualmente, dedica-se a receber e apoiar pessoas idosas do concelho de Leiria, através de duas respostas sociais: Estrutura Residencial para Idosos e Centro de Dia para Idosos. Na valência de ERPI tem a capacidade para 70 utentes.

Situado na União de Freguesias de Leiria, Pousos, Barreira e Cortes (de acordo com a nova reorganização administrativa do território), ocupa uma posição bastante privilegiada, tanto no nosso país (por se situar na região centro e na zona do Pinhal Litoral) como na cidade - por estar próximo do Parque dos Caniços que tem uma paisagem bastante atrativa e um percurso pedonal que se estende ao longo de todo o Rio Lis; ademais, edificado ao seu lado encontram-se os Bombeiros Municipais de Leiria, o Museu de Leiria, o Museu de Papel e o Centro de Interpretação Ambiental, com o Centro Hospitalar de Leiria e o centro da cidade a dois passos: pela sua natureza circundante, o Lar de São Francisco beneficia de uma localização geográfica invejável, o que confere o melhor acesso, por um lado, aos serviços/entidades locais e, por outro, a percursos pedestres que incentivam à mobilidade e autonomia física dos idosos.

A União de Freguesias de Leiria, Pousos, Barreira e Cortes é uma freguesia com 52,26 km<sup>2</sup> de área e 31775 habitantes (INE, 2011). A sua densidade populacional é de 608 habitantes/km<sup>2</sup>. A antiga Freguesia de Leiria, onde se situa o Lar S. Francisco, apresenta 14909 habitantes, distribuídos por uma área de 6,47 km<sup>2</sup>.

#### L4 – Lar N. Sr.<sup>a</sup> da Encarnação



*Figura 8 – L4 – Lar N. Sr.<sup>a</sup> da Encarnação*

O Lar N. Sr.<sup>a</sup> da Encarnação ocupa uma área de construção de cinco mil metros quadrados com espaços ajardinados envolventes. Situa-se na antiga praça de touros e pertence à Santa Casa da Misericórdia de Leiria. Recebe pessoas idosas, de ambos os sexos, com dificuldades ou ausência de inserção no meio social e familiar e que expressam vontade em serem admitidas nesta instituição. Sendo a única resposta social que dispõe, tem a capacidade para 80 utentes. Uma vez integradas no Lar, pretendem que aos seus utentes seja prestado, acolhimento e auxílio de qualidade, respeitando-se a Pessoa e o Indivíduo.

Apostando numa estratégia de combate ao isolamento, que envolve uma vasta área de atuação por parte dos profissionais que colaboram com a instituição, o seu objetivo é proporcionar aos seus idosos um equilíbrio biopsicossocial, assegurando-lhes os cuidados de saúde e o seu tratamento integral.

O Lar N. Sr.<sup>a</sup> da Encarnação situa-se na União de Freguesias de Leiria, Pousos, Barreira e Cortes, com 52,26 km<sup>2</sup> de área e 31775 habitantes (INE, 2011). A sua densidade populacional é de 608 habitantes/km<sup>2</sup>. A antiga Freguesia de Leiria, do qual o Lar N. Sr.<sup>a</sup> da Encarnação faz parte, apresenta 14909 habitantes, distribuídos por uma área de 6,47 km<sup>2</sup>.

##### 3.2.3. Desenvolvimento da investigação

A investigação desenrolou-se ao longo de duas fases. Numa primeira fase (março 2016), foram realizadas entrevistas semiestruturadas, individuais, a 36 utentes e a oito profissionais (dois de cada ERPI selecionada), tendo em consideração os critérios de inclusão. Foi, ainda, aplicado o Questionário de Atividade Física Habitual (Almeida & Ribeiro, 2014), aos 36 utentes das ERPI.

Numa segunda fase, procedeu-se ao levantamento da área de influência de cada instituição, recorrendo à observação direta, com o intuito de:



- i) Mapear os serviços presentes, com o objetivo de identificar o ambiente construído na área envolvente da instituição;
- ii) Identificar barreiras arquitetónicas e urbanísticas;
- iii) Identificar os principais percursos e fluxos pedonais na área de influência de cada instituição.

Para isso, foi construída uma grelha de observação, com base no trabalho desenvolvido por Santinha *et al.* (2017) (ANEXO 1) e foram utilizados mapas obtidos através do *Google Maps*, que serão apresentados mais à frente na apresentação dos resultados.

### **3.3. Instrumentos de Recolha de Dados**

Para o desenvolvimento desta investigação foram utilizados diferentes instrumentos de recolha de dados.

#### **3.3.1. Dados sociodemográficos, institucionalização e cuidados de saúde**

Para a recolha de dados, recorreu-se a entrevistas semiestruturadas, realizadas com base num guião de entrevista, tanto aos utentes como aos profissionais das ERPI (Apêndice 1 e 2). Os guiões foram constituídos por questões maioritariamente fechadas, com respostas do tipo “sim/não”. No entanto, existiam também questões abertas, que possibilitaram que o participante partilhasse a sua opinião.

Na entrevista os dados sociodemográficos recolhidos foram o género, data de nascimento e idade do participante, assim como, estado civil, escolaridade, profissão desempenhada e os familiares ou amigos mais próximos. Em relação aos cuidados de saúde, foram recolhidos dados sobre o consumo de tabaco e bebidas alcoólicas, cuidados com a alimentação, a existência de doenças ou problemas de saúde e a toma de medicação. Relativamente à institucionalização, os participantes foram inquiridos sobre cinco situações: a escolha da instituição, a vida na instituição, o sair da instituição, as atividades na instituição e a perceção do contexto envolvente, com o intuito de perceber não só um pouco da dinâmica da instituição, mas também a perspetiva dos utentes acerca do contexto envolvente e do que os leva a sair ou não da instituição.

Aos profissionais das ERPI, foram recolhidos dados sociodemográficos e relativos ao funcionamento da instituição onde desempenham funções, nomeadamente no que se refere à mobilidade e atividade física dos utentes a quem dão assistência.

#### **3.3.2. Caracterização dos locais envolventes das ERPI**

A caracterização dos locais envolventes das ERPI foi realizada através da observação direta, com recurso a mapas do *Google Maps*, tendo em consideração os referenciais propostos por alguns autores (Burton & Mitchell, 2006; Carstens, 1993; Day, 2008; Tolley, 2003), de forma a perceber como estão localizados os serviços existentes (serviços públicos, cafés, igrejas, espaços verdes). Para uniformizar os dados recolhidos relativamente às diferentes instituições utilizou-se, ainda, grelhas de observação, adaptada de Santinha *et al.* (2017) (ANEXO 1), que tiveram em consideração cinco critérios, divididos em diferentes indicadores, sobre os quais foi averiguada a sua presença ou ausência nos quatro locais analisados, através de respostas dicotómicas tipo “sim/não”.

### 3.3.3. Atividade física das pessoas idosas

Para a avaliação da atividade física em pessoas idosas, vários métodos são referidos na literatura, no entanto, o método de eleição são os questionários, pois implicam menores custos, maior facilidade de utilização e requer menor tempo para a sua aplicação (Rabacow, Gomes, Marques, & Benedetti, 2006).

O *questionário de Atividade Física Habitual* (ANEXO 2) foi validado para a população portuguesa pelo Programa Doutoral em Psicologia da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto (Almeida & Ribeiro, 2014). Foi pedida autorização de utilização do instrumento, a qual foi concedida pela autora (ANEXO 3). Este consiste na adaptação do *Habitual Physical Activity Questionnaire* (HPAQ), frequentemente designado por *Baecke Questionnaire* ou Questionário de Baecke (Baecke, Burema, & Frijters, 1982).

O HPAQ é uma escala de autopreenchimento, constituída por 16 itens, que procura avaliar a atividade física habitual em três domínios: atividade física no trabalho, desporto em tempo de lazer e atividade física em tempo de lazer excluindo o desporto, reportando-se aos últimos 12 meses.

Uma vez que os três domínios podem ser avaliados em separado a versão adaptada para a população portuguesa, questionário de Atividade Física Habitual, apenas contempla o desporto nas horas de lazer (AF-desporto) e a atividade física nas horas de lazer que não o desporto (AF-lazer). Assim, o questionário é composto por 8 itens, agrupados em duas dimensões:

1. AF-desporto (4 itens) – pretende avaliar a atividade física realizada no desporto ou exercício físico programado praticado nas horas de lazer;
2. AF-lazer (4 itens) – pretende avaliar a atividade física em outras atividades que não o desporto, praticadas nas horas de lazer (por exemplo, andar a pé, andar de bicicleta).

A intensidade da modalidade desportiva foi determinada de acordo com o compêndio de atividades físicas de Ainsworth *et al* (2000) com base no gasto energético e expresso em *MET*. Todas as respostas são pontuadas numa escala de cinco pontos, com exceção da questão sobre a prática de desporto. Quanto maior a pontuação de cada item, maior o nível de atividade física. Para cada um dos dois grupos ou dimensões de atividade física resulta um índice parcial, sendo a atividade física total calculada pela soma dos dois valores parciais.

Trata-se de um instrumento curto e de fácil utilização, que permite diferenciar os participantes em termos de atividade física e, simultaneamente, identificar comportamentos passíveis de serem alterados no sentido de promover ou aumentar o nível de atividade física (Almeida & Ribeiro, 2014), razão da escolha deste instrumento na presente investigação

### 3.4. Análise dos Dados

A análise dos dados é mista (quantitativa e qualitativa). A caracterização da amostra e das variáveis avaliadas foi feita através da análise estatística descritiva, utilizando o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (IBM SPSS Statistics 24). Foi utilizada a estatística descritiva, nomeadamente, frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central (medias aritméticas) e medidas de

dispersão e variabilidade (desvio padrão). As respostas às questões abertas das entrevistas foram analisadas com recurso à técnica de análise de conteúdo (Bardin, 1977).

### **3.5. Considerações Éticas**

Foi solicitado o parecer para a realização desta investigação, ao Conselho de Ética e Deontologia da Universidade de Aveiro (CED), no dia 14 de dezembro de 2015, tendo sido obtido o parecer favorável, em 21 de janeiro de 2016 (parecer n.º 4/2016) (ANEXO 4).

Antes da aplicação dos instrumentos de recolha de dados os participantes foram informados dos objetivos da investigação e da possibilidade de desistir de participar no estudo a qualquer momento, tendo sido voluntária a sua participação, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia. Foi, ainda, garantido o total anonimato e confidencialidade dos dados, através da atribuição de um código de identificação (ID) a cada entrevista/questionário.

A Declaração de Consentimento Livre e Informado (Apêndice 3) foi lida pelos participantes e assinada.

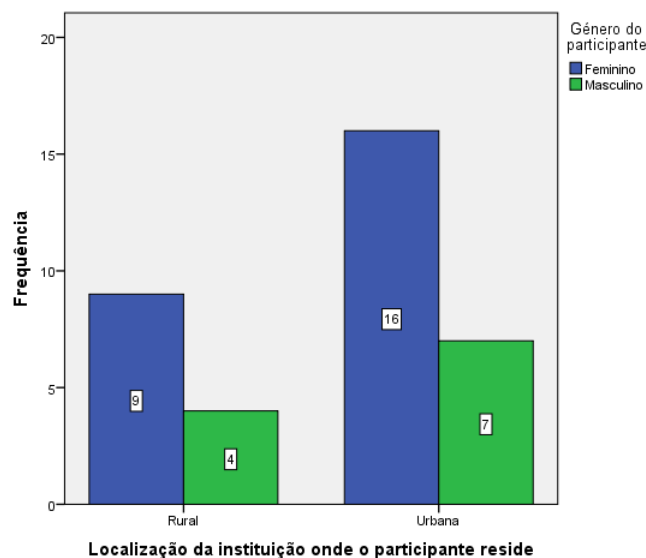


## 4. RESULTADOS

### 4.1. Participantes utentes dos diferentes equipamentos

#### 4.1.1. Características Sociodemográficas dos participantes **Utentes (N=36)**

Participaram no estudo 36 utentes, 13 residentes no meio rural e 23 no meio urbano (Tabela 1). A média de idades dos participantes é de 81,2 ( $\pm 9,5$ ) anos no meio rural e de 85,3 ( $\pm 7,2$ ) anos no meio urbano, sendo que a sua amplitude varia entre 64-95 anos no meio rural e 71-95 anos, no urbano. O género mais expressivo é o feminino com 25 participantes, nove no meio rural e 16 no meio urbano (Gráfico 1).



*Gráfico 1 – Distribuição do género dos participantes, de acordo com o meio rural e urbano.*

Relativamente ao estado civil, a maioria dos participantes são viúvos, 76,9% no meio rural e 52,2% no meio urbano (Gráfico 2). Em termos de escolaridade, no meio rural a maior parte dos participantes não tem qualquer escolaridade (53,8%), enquanto no meio urbano 60,9% dos utentes frequentaram a escola entre um a quatro anos (Gráfico 3).

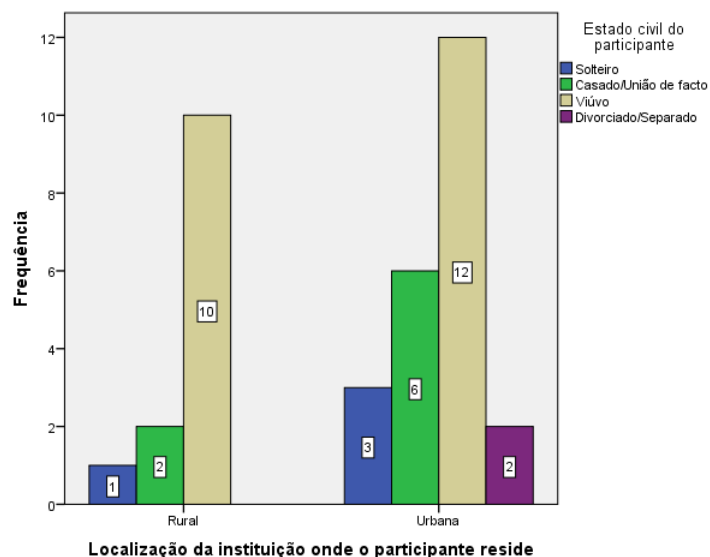


Gráfico 2 – Distribuição do estado civil dos participantes, de acordo com o meio rural e urbano.

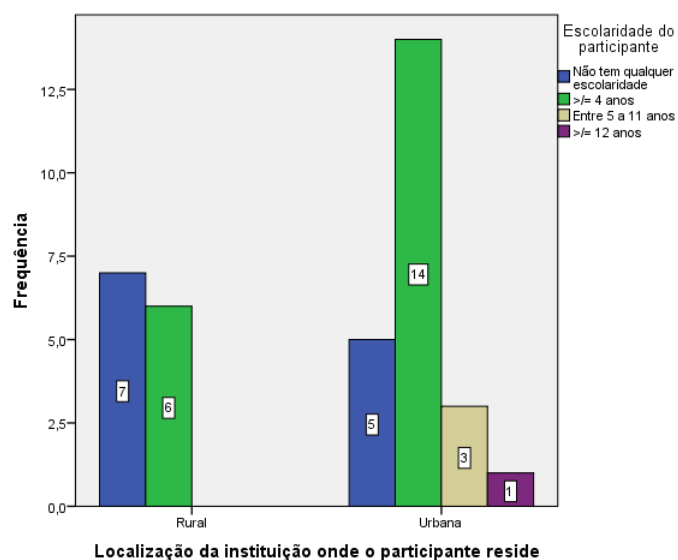


Gráfico 3 – Distribuição da escolaridade dos participantes, de acordo com o meio rural e urbano.

Quanto questionados acerca do sector em que desempenharam a sua atividade profissional, os participantes do meio rural responderam que foi no sector primário, principalmente na agricultura, enquanto no meio urbano, responderam que foi no sector terciário, nomeadamente como empregadas domésticas, costureiras e barbeiro, entre outros. A maioria dos participantes, em ambos os meios, é natural do concelho de Leiria, tal como, este é o concelho onde a maior parte residia antes de ir para a instituição.

*Tabela 1 – Caracterização Sociodemográfica dos participantes utentes (N=36), de acordo com o meio rural e urbano.*

	Rural (n=13)		Urbano (n=23)	
	M	(dp)	M	(dp)
Idade em anos	81,2	(9,5)	85,3	(7,2)
	n	(%)	n	(%)
Idade por grupos etários				
64-75	4	(30,8)	2	(8,7)
76-85	3	(23,1)	8	(34,8)
86-95	6	(9,5)	13	(56,5)
Género				
Feminino	9	(69,2)	16	(69,6)
Masculino	4	(30,8)	7	(30,4)
Estado civil				
Solteiro	1	(7,7)	3	(13,0)
Casado/União de facto	2	(15,4)	6	(26,1)
Viúvo	10	(76,9)	12	(52,2)
Divorciado/separado	0	(0,0)	2	(8,7)
Anos escolaridade				
Não tem	7	(53,8)	5	(21,7)
1-4 anos	6	(46,2)	14	(60,9)
5-11 anos	0	(0,0)	3	(13,0)
>12 anos	0	(0,0)	1	(4,4)
Sector Atividade Económica				
Primário	8	(61,5)	0	(0,0)
Secundário	4	(30,8)	5	(21,7)
Terciário	1	(7,7)	18	(78,3)
Naturalidade (concelho)				
Alvaiázere	0	(0,0)	1	(4,3)
Aveiro	0	(0,0)	3	(13,0)
Beja	0	(0,0)	1	(4,3)
Braga	0	(0,0)	2	(8,7)
Brasil	0	(0,0)	1	(4,3)
Figueira da Foz	0	(0,0)	1	(4,3)
Guarda	1	(7,7)	1	(4,3)
Leiria	8	(61,5)	9	(39,1)
Ourém	1	(7,7)	0	(0,0)
Pombal	3	(23,1)	0	(0,0)
Porto	0	(0,0)	1	(4,3)
Porto de Mós	0	(0,0)	1	(4,3)
Viseu	0	(0,0)	2	(8,7)
Residência (concelho)				
Alvaiázere	0	(0,0)	1	(4,3)
Batalha	0	(0,0)	1	(4,3)
Leiria	9	(69,2)	20	(87,1)
Marinha Grande	0	(0,0)	1	(4,3)
Ourém	1	(7,7)	0	(0,0)
Pombal	3	(23,1)	0	(0,0)

#### 4.1.2.Caracterização dos locais envolventes das ERPI

A caracterização dos locais envolventes das quatro instituições foi realizada com recurso a mapas do *Google Maps*, de forma a perceber como estão localizados os serviços existentes e, através de grelhas de observação.

Em todos os mapas utilizou-se uma escala de 200m, para uniformizar a interpretação dos dados recolhidos. Em cada um deles foi assinalada a respetiva instituição com um ponto a vermelho, marcada uma área correspondente a um raio de 400/500m e outra correspondente a um raio de 800/1000m, conforme as recomendações de alguns autores para a acessibilidade a espaços públicos. Posteriormente, assinalou-se nos mapas com ícones/símbolos (Figura 9) os espaços existentes em cada uma das áreas, conforme se pode observar nos seguintes diagramas:

*Figura 9 – Simbologia utilizada na caracterização dos locais envolventes das ERPI.*

	Parque		Paragem de autocarro
	Jardim		Estação comboio
	Parque merendas		GNR
	Restaurante		Bombeiros
	Café/Pastelaria/Padaria		Bombas de Gasolina
	Mercearia/Supermercado		WC
	Hipermercado		Museu
	Loja vestuário		Igreja
	Banco		Cemitério
	Correios		Cabeleireiro
	Farmácia		Ótica Ocular
	Hospital		Instituição de música
	Médico/Centro de Saúde		Livraria
	Dentista		Florista
	Laboratório/Análises Clínicas		Teatro
	Cresce/Jardim de Infância		Posto de Turismo



## ERPI em meio rural

L1

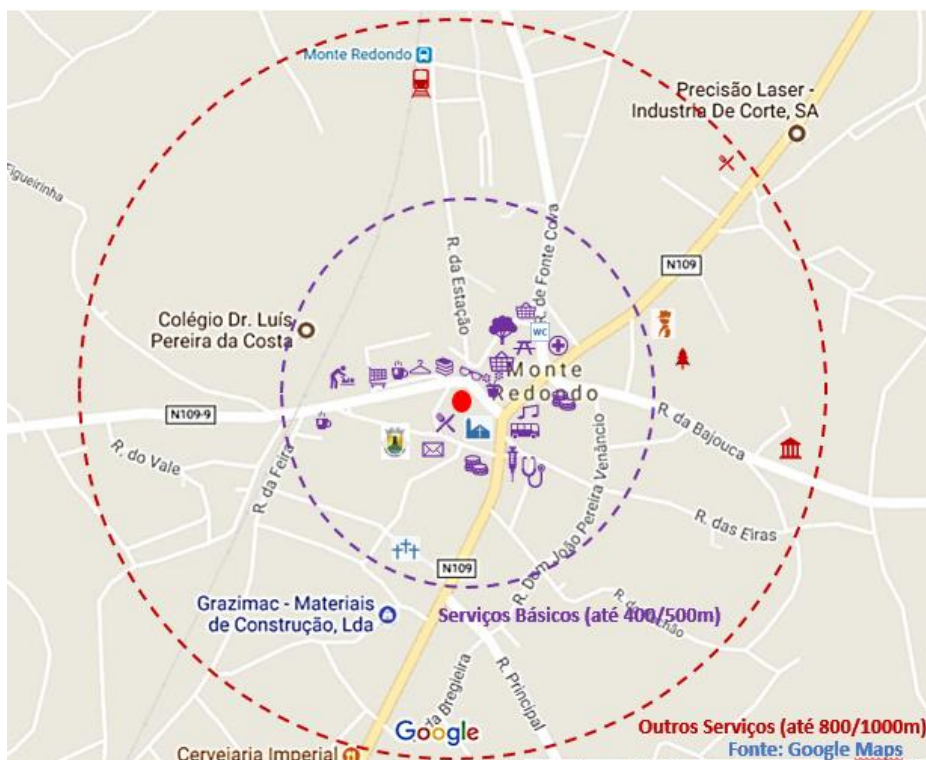


Diagrama 5 – Caracterização do local envolvente da ERPI L1.

Num raio de 400/500m existem alguns serviços/equipamentos à disposição da comunidade, nomeadamente, igreja, posto dos correios, junta de freguesia, instituição bancária, centro de saúde, laboratório de análises clínicas, sede da filarmónica de Monte Redondo, uma florista, uma ótica, um café/pastelaria, um supermercado, mercado municipal, parque de merendas, com parque infantil, equipamentos de atividade física, e com instalações sanitárias públicas. É um espaço agradável para convívio, no entanto, talvez por ser um espaço recente tem pouca sombra. Existem, ainda, nas imediações próximas da L1 uma farmácia. Quando se aumenta o raio para os 800/1000m, encontra-se o museu etnográfico, as instalações da GNR, a estação de comboio. O que pode tornar esta zona menos atrativa é o elevado tráfego automóvel que apresenta diariamente, pois é atravessada pela estrada N109, que faz a ligação entre Leiria e a Figueira da Foz e pela estrada que liga Monte Redondo à Praia do Pedrogão e dá acesso à zona industrial do Coimbrão. Contudo, apesar de existir uma via alternativa (A17) para realizar este percurso é muitas vezes preterida, relativamente à anterior.

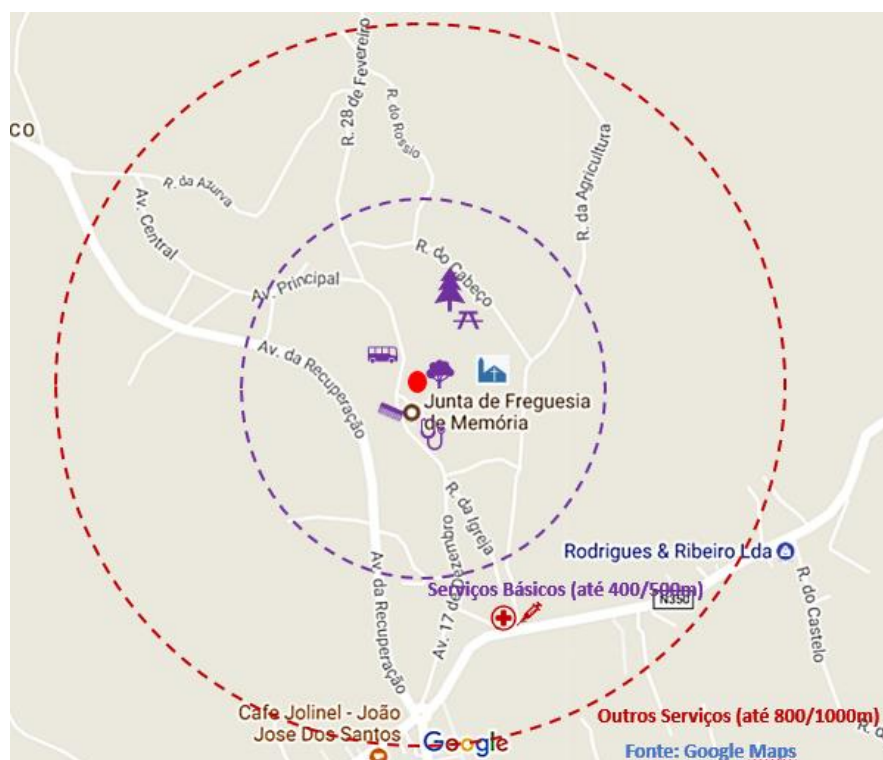
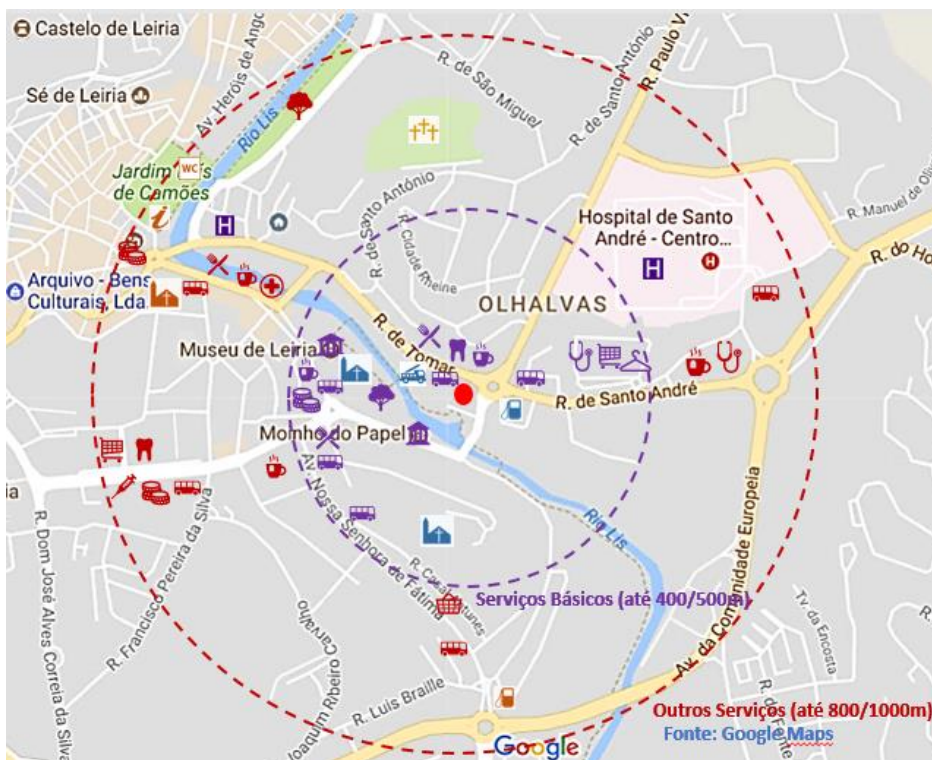


Diagrama 6 – Caracterização do local envolvente da ERPI L2

Nas imediações da L2 existem muito poucos serviços ou equipamentos à disposição da comunidade. Qualquer deslocação implica o uso de um automóvel. Trata-se de um local com o declive muito acentuado, constituído por terrenos agrícolas e floresta, com casas/edifícios bastante dispersas (muitos de segunda habitação) sendo, por isso, um local pouco acessível. Assim, nas proximidades desta instituição existe a Igreja Matriz, a Junta de Freguesia, a Extensão de Saúde da Memória, uma paragem de autocarro, um cabeleireiro e um parque de merendas. Se se aumentar o raio para os 800/1000m o panorama é semelhante, apenas se encontra a farmácia, instalações de análise clínicas, um café e o terreno onde se realiza o mercado semanal. Em termos de transportes públicos, passam poucos autocarros na zona, de manhã cedo, ao início e ao final da tarde, com mais expressividade no período letivo.

*L3*



Comparativamente ao meio rural, no meio urbano existem mais serviços/equipamentos à disposição da comunidade. Deste modo, paredes meias com a L3 existe o quartel de Bombeiros Municipais de Leiria, o rio Lis, uma zona pedonal construída ao abrigo do programa “Polis”, uma paragem de autocarro e umas bombas de gasolina, com uma pequena loja de conveniência e um parque infantil, adaptado para crianças com deficiência e/ou mobilidade reduzida. Assim, num raio de 400/500m, existem cafés, restaurantes, uma clínica dentária, uma superfície comercial, composta por supermercado, café, lojas de vestuário e utilidades, uma clínica médica, de consultas, exames e análises clínicas. Nas proximidades existe, ainda, o museu do moinho de papel, o centro de interpretação ambiental, o museu de Leiria, a igreja e o jardim de S. Agostinho e uma instituição bancária. Se se alargar o raio para 800/1000m, podemos encontrar o Hospital de Santo André, o Hospital D. Manuel de Aguiar, uma farmácia, um pequeno quiosque, cafés, pastelarias, restaurantes, instituições bancárias, laboratórios de análises clínicas, clínicas dentárias, supermercados, igreja, posto de turismo, o jardim Luís de Camões, o Mercado Sant’Ana, o parque Municipal (“Parque do Avião”) e diversas paragens de autocarro.

39



Diagrama 8 – Caracterização do local envolvente da ERPI L4.

A L4 localiza-se bastante perto da L3, o que faz com que alguns dos equipamentos e serviços disponíveis sejam os mesmos. Deste modo, num raio de 400/500m os utentes têm à disposição cafés, restaurantes, uma clínica dentária, uma mercearia/frutaria e um supermercado. A L4 encontra-se situada numa rua sem saída, com declive acentuado, que dá acesso ao Santuário da N. Sra. da Encarnação, padroeira da cidade. As instalações possuem, também uma entrada que dá acesso à rua paralela, que fica nas traseiras da instituição, sendo esta mais acessível em termos pedonais. Nas imediações existe a igreja e o jardim de S. Agostinho, o qual permite entrada no percurso “Polis” e, o rio Lis. Logo a seguir encontra-se o museu do moinho de papel, o centro de interpretação ambiental e o museu de Leiria. Alargando o raio para 800/1000m, podemos encontrar farmácias, quiosques, cafés, pastelarias e restaurantes, lavandaria, lojas de comércio, instituições bancárias, laboratórios de análises clínicas, clínicas médicas, supermercados e frutarias, igrejas, o Hospital Dom Manuel de Aguiar, o posto de turismo, o jardim Luís de Camões, o teatro Miguel Franco, o mercado Sant’Ana e diversas paragens de autocarro.









Em termos de transportes públicos, esta zona da cidade é abrangida pela Rede *Mobilis*, rede de pequenos autocarros que cobre a zona urbana, através de um conjunto de sete linhas. A cada 20 minutos passa um autocarro.



## Grelhas de Observação

O preenchimento das grelhas de observação foi efetuado de forma a comparar a zona envolvente das quatro instituições, tendo em consideração cinco parâmetros: conectividade, conveniência, conforto, legibilidade e convivência, conforme se pode verificar através do seguinte exemplo (Tabela 2):

*Tabela 2 – Exemplo explicativo do preenchimento das grelhas de observação, de acordo com a instituição.*

	Local 1 (L1)	Local 2 (L2)	Local 3 (L3)	Local 4 (L4)
Existência de atravessamentos pedonais	 Sim	 Não	 Sim	 Sim
Largura de passeios adequada	 Não	 Não	 Sim	 Sim

Em relação à Conectividade (Tabela 3), apenas no Local 2 (L2), não existe interseções com a rede viária por percurso/distância, assim como, a existência de espaços intermodais. Apenas no Local 4 (L4) não existe um desenho urbano nas interseções que permita a continuidade do percurso, por se localizar numa rua sem saída. Em relação à ausência de barreiras naturais/construídas, apenas o Local 1 (L1) não as apresenta. Os restantes estão envoltos por florestas ou cursos de água, nomeadamente o rio Lis. Quanto à adequação do mobiliário urbano com o acesso aos serviços/equipamentos, esta é verificada no Local 1 (L1) e no Local 4 (L4).

*Tabela 3 – Grelha Observação para o parâmetro da Conectividade*

Conectividade					
Objetivo de política pública	Indicadores a considerar	Local 1 (L1)	Local 2 (L2)	Local 3 (L3)	Local 4 (L4)
Promover uma rede de percursos contínuos, sem barreiras, capazes de assegurar uma boa ligação entre os principais polos de atração e à rede de transportes coletivos	Ausência interseções com a rede viária por percurso/distância	Não	Sim	Não	Não
	Existência de espaços intermodais	Sim	Não	Sim	Sim
	Existência de desenho urbano nas interseções	Sim	Sim	Sim	Não

que permita a continuidade do percurso				
Ausência barreiras naturais/construídas (e.g. cursos de água, floresta, muros, 'becos')	Sim	Não	Não	Não
Mobiliário urbano adequado com o acesso aos serviços/equipamentos	Sim	Não	Não	Sim

Fonte: Adaptado de Santinha et al. (2017).

No que diz respeito à conveniência (Tabela 4), um dos parâmetros considerados foi se as orientações recomendadas para a distância aos serviços/equipamentos são cumpridas, o que apenas não se verifica no Local 2 (L2). Em relação à existência de atravessamentos pedonais, apenas o local 2 (L2) é desprovido de qualquer atravessamento assinalado. Relativamente à largura dos passeios, apenas o local 3 (L3), apresenta, na sua maioria, a largura dos mesmos adequada às funções aí existentes sendo, por isso, o único que apresenta também pavimento adequado a pessoas com necessidades especiais. Quanto à localização do mobiliário urbano, esta encontra-se, maioritariamente, posicionada de forma adequada em todos os quatro locais analisados.

Tabela 4 – Grelha de Observação para o parâmetro da Conveniência

Conveniência					
Objetivo de política pública	Indicadores a considerar	Local 1 (L1)	Local 2 (L2)	Local 3 (L3)	Local 4 (L4)
Desenhar uma rede pedonal o mais direta possível, combinando os caminhos pedonais, os passeios, as vias mistas com tráfego moderado, as passadeiras ou passagens subterrâneas, bem como as zonas pedonais	As orientações para a distância aos serviços/ equipamentos são cumpridas: Serviços básicos (até 400/500m) Outros serviços (até 800/1000m)	Sim	Não	Sim	Sim
	Existem atravessamentos pedonais	Sim	Não	Sim	Sim
	Largura de passeios adequada às funções aí existentes	Não	Não	Sim	Não
	Pavimento de passeios adequado a pessoas com necessidades especiais	Não	Não	Sim	Não
	Existe uma adequada localização do mobiliário urbano	Sim	Sim	Sim	Sim

Fonte: Adaptado de Santinha et al. (2017).

Relativamente ao parâmetro do conforto (Tabela 5), foram vários os indicadores analisados. Quanto à existência de passeios, apenas o local 2 (L2) é desprovido dos mesmos, no entanto, todos locais analisados apresentam passeios obstruídos. Em relação à existência de atravessamentos pedonais adequados a pessoas com necessidades especiais, só no local 3 (L3) esse indicador está presente. Tem termos da existência de mobiliário urbano, todos os locais observados estão providos dos mesmos, cada qual à sua maneira. Observou-se, ainda, que somente o local (L1) apresenta vias de

comunicação planas, isto é, encontra-se localizado numa zona sem inclinação. Quanto à velocidade permitida aos veículos motorizados esta apenas é adequada no local 2 (L2) e no local 4 (L4).

*Tabela 5 – Grelha de Observação para o parâmetro do Conforto*

Conforto					
<i>Objetivo de política pública</i>	<i>Indicadores a considerar</i>	<i>Local 1 (L1)</i>	<i>Local 2 (L2)</i>	<i>Local 3 (L3)</i>	<i>Local 4 (L4)</i>
Assegurar uma deslocação plena e agradável sem quaisquer restrições, proporcionando uma sensação de calma e acolhimento, num espaço livre de barreiras, pavimentos de elevada qualidade, desenho atraente, mobiliário dedicado ao descanso e abrigos	Existência de passeios	Sim	Não	Sim	Sim
	Passeios desobstruídos	Não	Não	Não	Não
	Existência de atravessamentos pedonais adequados a pessoas com necessidades especiais	Não	Não	Sim	Não
	Existência de mobiliário urbano (e.g. bancos, caixotes de lixo, sombra)	Sim	Sim	Sim	Sim
	Vias de comunicação planas	Sim	Não	Não	Não
	Velocidade permitida aos veículos motorizados adequada às funções aí existentes e ao fluxo de pessoas	Não	Sim	Sim	Não

*Fonte: Adaptado de Santinha et al. (2017).*

Em termos de legibilidade (Tabela 6), verificou-se através da observação dos quatro locais que todos eles estão providos da existência de elementos diferenciadores, como monumentos/museus, praças, parques ou igrejas. O mesmo se confirmou para a existência de sinalética (embora esta não esteja adaptada para pessoas com necessidades especiais), iluminação adequada e, entrada dos edifícios principais, visível das vias de comunicação e dos passeios.

*Tabela 6 – Grelha de Observação para o parâmetro da Legibilidade*

Legibilidade					
<i>Objetivo de política pública</i>	<i>Indicadores a considerar</i>	<i>Local 1 (L1)</i>	<i>Local 2 (L2)</i>	<i>Local 3 (L3)</i>	<i>Local 4 (L4)</i>
Garantir a existência de percursos facilmente perceptíveis, simples de encontrar e de seguir	Existência de elementos marcantes e diferenciadores (e.g. monumentos, praças, parques, igrejas)	Sim	Sim	Sim	Sim
	Existência de sinalética	Sim	Sim	Sim	Sim
	Sinalética adequada a pessoas com necessidades especiais	Não	Não	Não	Não
	Iluminação adequada (em qualquer altura do dia)	Sim	Sim	Sim	Sim
	Entrada dos edifícios principais, visível das vias de comunicação e dos passeios	Sim	Sim	Sim	Sim

*Fonte: Adaptado de Santinha et al. (2017).*

Acerca do parâmetro da convivência (Tabela 7), pode-se dizer que apenas o local 2 (L2) é desprovido de pontos de interesse. No local 1 (L1) não existem, na sua proximidade, elementos naturais nas imediações, assim como, no local 2 (L2) não apresenta a existência de fatores de atração como, espaços recreativos/desportivos. Porém, em todos os locais analisados os espaços públicos existentes estão limpos e são considerados seguros. Apenas no local 2 (L2) não existem espaços públicos propícios ao fomento de relações sociais.

*Tabela 7 – Grelha de Observação para o parâmetro da Convivência*

Convivência					
<i>Objetivo de política pública</i>	<i>Indicadores a considerar</i>	<i>Local 1 (L1)</i>	<i>Local 2 (L2)</i>	<i>Local 3 (L3)</i>	<i>Local 4 (L4)</i>
Tirar partido da atratividade dos espaços, da variedade e da riqueza arquitetónica e cultural, e promover a interação social	Existência de pontos de interesse históricos/culturais	Sim	Não	Sim	Sim
	Existência de elementos naturais (e.g. espaços verdes, árvores)	Não	Sim	Sim	Sim
	Existência de fatores de atração (e.g. espaços recreativos, desportivos)	Sim	Não	Sim	Sim
	Espaços públicos limpos e seguros	Sim	Sim	Sim	Sim
	Espaços públicos propícios ao fomento de relações sociais	Sim	Não	Sim	Não

*Fonte: Adaptado de Santinha et al. (2017).*

#### 4.1.3. Institucionalização

##### *A escolha da instituição como residência atual*

Após a recolha dos dados sociodemográficos e da caracterização dos locais envolventes das ERPI, inquiriu-se os utentes acerca da sua residência nas instituições, tanto no meio rural como no urbano (Tabela 8). Em ambos os casos, a grande maioria dos utentes, já conhecia as freguesias onde estão localizadas as instituições (84,6% no meio rural versus 82,6% no urbano). Os motivos que os levaram a essa escolha devem-se, na sua maioria, ao facto de viverem sozinhos (53, 8% no meio rural versus 34, 8%, no urbano) ou, ainda, à sua viuvez ou idade avançada (Gráfico 4), conforme se pode verificar através dos seguintes relatos:

*“Não podia estar sozinha em casa. Não me queriam sozinha.” (F, 86 anos, R).*

*“Fui assaltada e os filhos decidiram que não podia ficar sozinha.” (F, 91 anos, R).*

*“Viuvei duas vezes, estar a pagar renda sozinho...” (M, 79 anos, U).*

*“Eu senti que não devia ser um peso para eles. Foi isso que me levou a vir.” (F, 77 anos, U).*

Alguns utentes referiram, ainda, outros motivos como, por exemplo, problemas de saúde do próprio, ou do cônjuge, como se pode constatar através dos seguintes relatos:

*“Parti uma perna...” (F, 80 anos, R).*



“A minha mulher teve um AVC, não podia fazer nada. Temos um quartinho para nós os dois.” (M, 88 anos, U).

“Vim para o lar para recuperar de uma queda que dei em casa. Acabei por ficar cá. A minha filha ficou toda contente, porque ela não me queria impor.” (F, 80 anos, U).

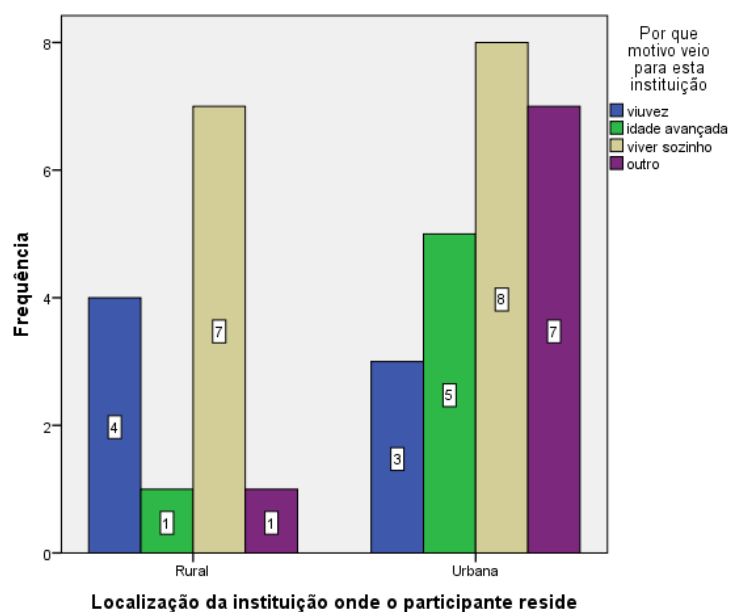


Gráfico 4 – Distribuição do motivo pelo qual os participantes escolheram residir nas instituições, de acordo com o meio rural e urbano.

A decisão da institucionalização foi deixada a cargo dos descendentes dos participantes no meio rural (69,2%) e ao cuidado do próprio, no meio urbano (73,9%), conforme se pode observar através do gráfico seguinte (Gráfico 5).

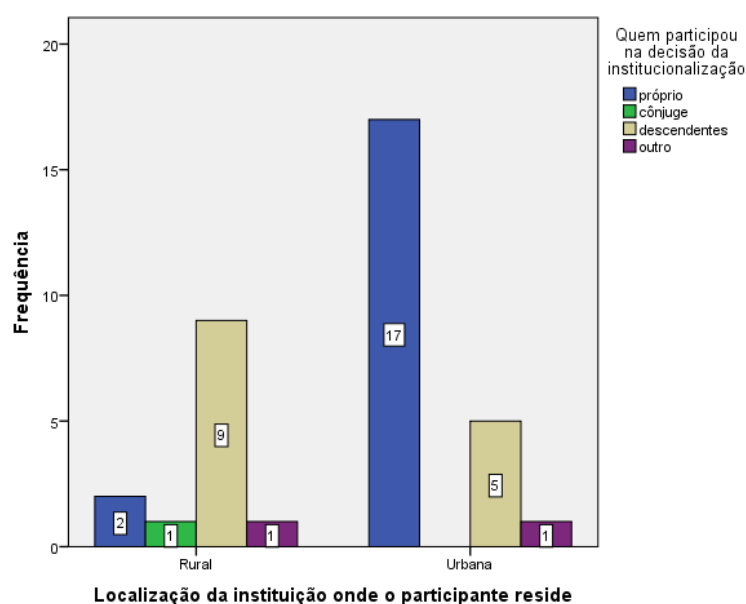


Gráfico 5 – Distribuição de quem participou na decisão da institucionalização, de acordo com o meio rural e urbano.

Em ambos os casos, a localização da instituição teve influência na sua escolha (53,8% no meio rural versus 65,2%, no meio urbano) (Gráfico 6), assim como, o facto de já conhecerem alguém nessa instituição (69,2% no meio rural versus 69,6% no urbano), maioritariamente profissionais que trabalham nas instituições.

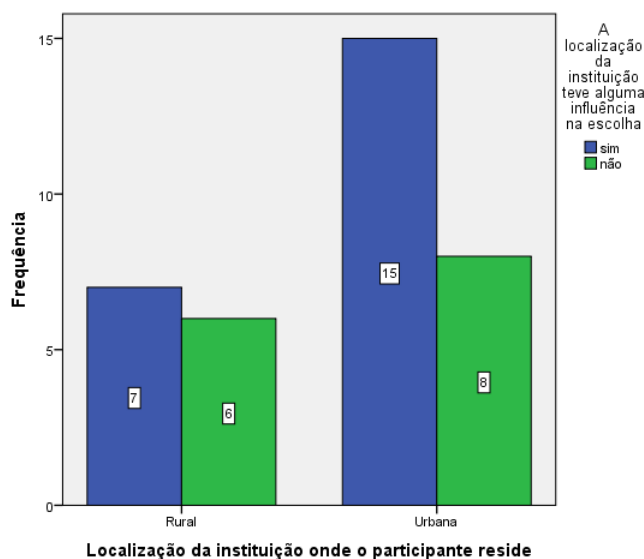


Gráfico 6 – Distribuição se a localização da instituição influenciou a escolha dos participantes, de acordo com o meio rural e urbano.

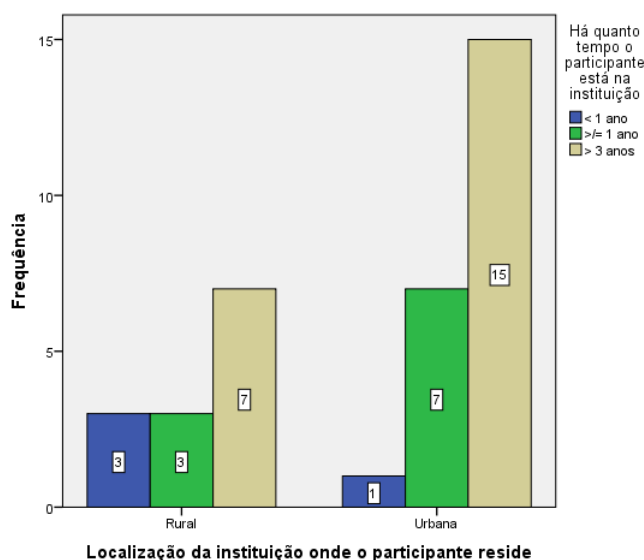
Tabela 8 – Respostas dadas às questões sobre a escolha da instituição como residência atual dos utentes, de acordo com o meio rural e urbano.

			Rural (n=13)		Urbano (n=23)	
Código	Item	Categorias	n	(%)	n	(%)
Q1.	Já conhecia esta freguesia?	1 – Sim	11	(84,6)	19	(82,6)
		2 – Não	2	(15,4)	4	(17,4)
Q2.	Por que motivo veio para esta instituição?	1 – Viuvez	4	(30,8)	3	(13,0)
		2 – Idade avançada	1	(7,7)	5	(21,8)
		3 – Viver sozinho	7	(53,8)	8	(34,8)
		4 – Outro	1	(7,7)	7	(30,4)
Q3.	Quem participou nessa decisão?	1 – Próprio	2	(15,4)	17	(73,9)
		2 – Cônjuge	1	(7,7)	0	(0,0)
		3 – Descendentes	9	(69,2)	5	(21,8)
		4 – Outro	1	(7,7)	1	(4,3)

<b>Q4.</b>	A localização da instituição teve alguma influência na sua escolha?	1 – Sim	7	(53,8)	15	(65,2)
		2 – Não	6	(46,2)	8	(34,8)
<b>Q5.</b>	Já conhecia alguém da instituição?	1 – Sim	9	(69,2)	16	(69,6)
		2 – Não	4	(30,8)	7	(30,4)
<b>Q5.3</b>	Se sim, quem?	1 – Utente	0	(0,0)	3	(18,8)
		2 – Profissional	5	(55,6)	7	(43,7)
		3 – Ambos	3	(33,3)	6	(37,5)
		4 – Sócios	1	(11,1)	0	(0,0)

#### *A vida na instituição*

Outro tópico abordado durante a entrevista aos utentes das instituições, foi como estes retratam a sua vida atual, enquanto residentes na instituição (Tabela 9). Relativamente à quantidade de tempo de residência, em ambos os casos, a maioria dos participantes vive há mais de três anos (53,8% no meio rural versus 65,3%, no meio urbano) na instituição (Gráfico 7).



*Gráfico 7 – Distribuição do tempo de residência dos participantes nas instituições, de acordo com o meio rural e urbano.*

A grande maioria dos participantes considera que a sua adaptação foi fácil (69,2% no meio rural versus 69,6%, no meio urbano), tal como se pode observar nos seguintes relatos:

*“Foi, não me custou nada vir para cá!” (F, 95 anos, R).*

*“Foi, vim de boa vontade! Aqui as pessoas são todas gentis.” (F, 64 anos, R).*

*“Tive que me adaptar, mas tenho muita pena da minha casa...” (M, 95 anos, U).*

*“Foi! Quer se dizer, tinha mais liberdade...” (M, 88 anos, U).*

*“Foi, não tive grandes dificuldades porque, penso eu, já conhecia a dinâmica, não tive assim muita dificuldade. Evidentemente que é diferente se a gente estiver em nossa casa. Eu tenho uma grande capacidade de adaptação, sempre tive.” (F, 77 anos, U).*

*“Muito, muito, eu sabia para o que vinha. Olhe que teimavam comigo, para não vir, a família, não senhor: Não quero dar trabalho a ninguém”. (F, 85 anos, U).*

*“Adaptei-me muito bem, lá está, foi de vontade “. (M, 91 anos, U).*

*“Foi, nunca tive problema nenhum. Nunca me senti amargurada nem entristecida por estar aqui.” (F, 91 anos, U).*

No entanto, grande parte dos utentes realça que não consegue manter a rotina que tinha anteriormente (100,0%, no meio rural versus 69,6%, no meio urbano), como é visível nos relatos:

*“Ah... na minha casa era outra coisa... porque trabalhava! Aqui não trabalho nada! Só como e ao fim do mês pagar.” (F, 86 anos, R).*

*“Isso não! É completamente diferente! Tenho a minha liberdade, só tenho de respeitar a casa e as pessoas.” (M, 90 anos, R).*

*“A que tinha em casa, não! Porque eu em casa tinha de cozinhar e fazer tudo. Mas ainda trabalho, descasco batatas, tudo quanto é para a cozinha... E lavo a minha roupa e a do meu marido, e arrumo as nossas camas e faço o mais que puder para a casa também!” (F, 88 anos, U).*

*“Faço os possíveis por ter embora, por exemplo, agora me sinto um bocadinho mais limitada na parte financeira.” (F, 77 anos, U).*

*“Tenho saudades da vida que fazia em casa. Mas foi necessário, há que aguentar.” (M, 92 anos, U).*

*“É diferente! Eu faço a minha vida na mesma, mas em minha casa, faço o que quero!” (F, 80 anos, U).*

A maioria dos participantes refere que costuma receber visitas de familiares e amigos (84,6% no meio rural e 95,7%, no urbano). Quanto à frequência das visitas, estas não são assim tão frequentes. No meio rural 45,4% dos participantes refere que recebe visitas anualmente, enquanto no meio urbano 50,0% dos participantes recebe visitas algumas vezes.

*Tabela 9 – Respostas dadas às questões sobre a vida como residente na instituição, de acordo com o meio rural e urbano.*

Código	Item	Categorias	Rural (n=13)		Urbano (n=23)	
			n	(%)	n	(%)
Q.1	Tempo de institucionalização	1 – < 1 ano	3	(23,1)	1	(4,3)
		2 – >= 1 ano	3	(23,1)	7	(30,4)
		3 – > 3 anos	7	(53,8)	15	(65,3)
Q.2	A adaptação foi fácil?	1 – Sim	9	(69,2)	16	(69,6)
		2 – Não	4	(30,8)	7	(30,4)
Q.3	Consegue manter na instituição a rotina diária que tinha anteriormente?	1 – Sim	0	(0,0)	7	(30,4)
		2 – Não	13	(100,0)	16	(69,6)

<b>Q7.</b>	A sua família ou amigos costumam visitá-la(o)?	1 – Sim	11	(84,6)	22	(95,7)
		2 – Não	2	(15,4)	1	(4,3)
<b>Q7.3</b>	Se sim, com que frequência recebe visitas?	1 – Semanalmente	3	(27,3)	10	(45,5)
		2 – Algumas vezes	3	(27,3)	11	(50,0)
		3 – Anualmente	5	(45,4)	1	(4,5)

#### *Atividades propostas pela instituição*

Relativamente às atividades propostas pela instituição (Tabela 12), quando questionados se as mesmas, ao elaborar o plano de atividades, têm em consideração a sua opinião, os participantes referem na sua maioria que sim (76,9% no meio rural versus 52,2%, no urbano).

*“Sim, eles procuram...Perguntam: “Querem fazer alguma coisa?”. Olhe, sabe o que eu digo: “Eu já trabalhei muito, eu quero é descansar!” (F, 87 anos, R).*

*“Ele é que determina o que fazer. Ele é que sabe aquilo que faz e, depois convida a gente. A gente chega lá e é que vai saber o que vai fazer.” (F, 87 anos, U).*

*“Sim, ele pede a opinião. E quando nos convida, uns querem ir, outros não querem, querem ir antes dormir. Isto é assim, onde há muita gente...” (F, 84 anos, U).*

Quanto à participação nas atividades propostas pela instituição, no seu interior, as respostas foram muito diferentes. Enquanto no meio urbano a maioria (82,6%) refere que participa nas atividades propostas, no meio rural, apenas 38,5% o faz. Relativamente à frequência com que participam nestas, 60,0% dos utentes no meio rural afirma que participa sempre, enquanto que no meio urbano 73,6% refere que participa frequentemente.

*“Eu para mim, não! Para mim, essa palavra [atividades] não existe! Não, porque nenhum utente aqui tem qualquer atividade. Nenhum!” (M, 74 anos, R).*

*“Olhe, que eu não gosto disso! Não!” (F, 91 anos, R).*

*“Costumo participar em algumas atividades” (M, 95 anos, U).*

*“Sim, quando são coisas que eu gosto” (F, 84 anos, U).*

Assim, no meio rural, as atividades que os utentes referiram participar, no interior das instituições, foram trabalhos manuais, de costura, bordados, alguma atividade física (massagens, fisioterapia, exercícios em grupo), confeção esporádica de pão ou bolos, e jardinagem. Já no meio urbano, os utentes referem participar em atividade física (exercícios individuais e em grupo promovidos por um fisioterapeuta ou profissional de gerontomotricidade), jogos de tabuleiro ou cartas, atividade musicais ou dança, tal como, teatro tertúlias, declamação de poemas e, também trabalhos manuais, de costura, bordados.

A seguinte tabela (Tabela 10), representa por cada atividade, a quantidade de utentes que refere realizá-las, pelo número total de participantes nas atividades, visto que os participantes referem participar em mais do que uma atividade promovida pelas instituições.

*Tabela 10 – Atividades promovidas pelas instituições no interior, de acordo com o meio rural e urbano.*

<b>Atividades no interior das ERPI</b>	<b>Rural (n=13)</b>	<b>Urbano (n=23)</b>
Trabalhos manuais, costura, bordados	3/5	10/19
Atividade física	4/5	14/19
Fazer bolos, pão	2/5	9/19
Jogos tabuleiro, cartas	1/5	10/19
Tertúlias, teatro, poemas	N.A.	8/19
Atividades musicais, dança	N.A.	10/19
Jardinagem	1/5	2/19

N.A. – Não Aplicável

No que respeita às atividades promovidas pela instituição no exterior, em ambos os casos, a maioria dos participantes menciona que participa nestas (61,5% no meio rural versus 73,9%, no meio urbano). Sobre a frequência com que o fazem, as respostas diferem um pouco. No meio rural, 37,5% dos participantes referem que o fazem sempre e algumas vezes. Já no meio urbano, 41,2% dos participantes afirmam que participam frequentemente e algumas vezes. Quando questionados sobre que atividades realizam no exterior, os participantes no meio rural responderam que vão à Feira de Maio, vão a Leiria (ao centro da cidade), a Fátima e a outros concelhos vizinhos, vão à praia, a convívios noutras instituições da zona e, quando o tempo permite vão, por exemplo, passar o dia ao parque de merendas. No meio urbano as atividades que os utentes referem participar no exterior são um pouco mais diversificadas. Além dos locais referidos no meio rural, deslocam-se também a museus, exposições, teatro e ao circo, e vão às compras ao hipermercado ou ao *Shopping*. Na tabela seguinte (Tabela 11) pode observar-se a sua distribuição, em que se adotou o mesmo princípio que na anterior.

*Tabela 11 – Atividades promovidas pelas instituições no exterior, de acordo com o meio rural e urbano.*

<b>Atividades exterior ERPI</b>	<b>Rural (n=13)</b>	<b>Urbano (n=23)</b>
Ida à feira de Maio	6/8	10/17
Ida a Leiria, mercado municipal	4/8	7/17
Ida à praia	6/8	13/17
Ida a museus, exposições, teatro, circo	N.A.	12/17
Convívios com outras ERPI	6/8	13/17
Ida ao parque de merendas	5/8	N.A.

Ida a concelhos vizinhos (Marinha Grande, Pombal, Batalha, Fátima)	6/8	10/17
Compras (hipermercado, <i>shopping</i> )	N.A.	14/17

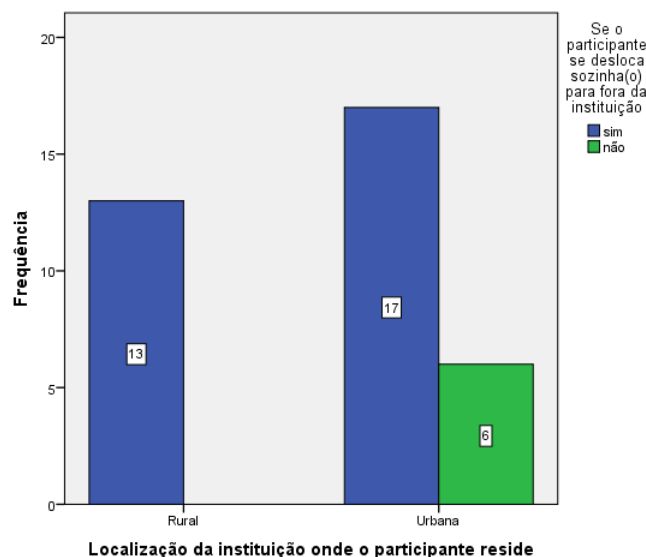
N.A. – Não Aplicável

*Tabela 12 – Respostas dadas às questões sobre atividades propostas na instituição para os utentes, de acordo com o meio rural e urbano.*

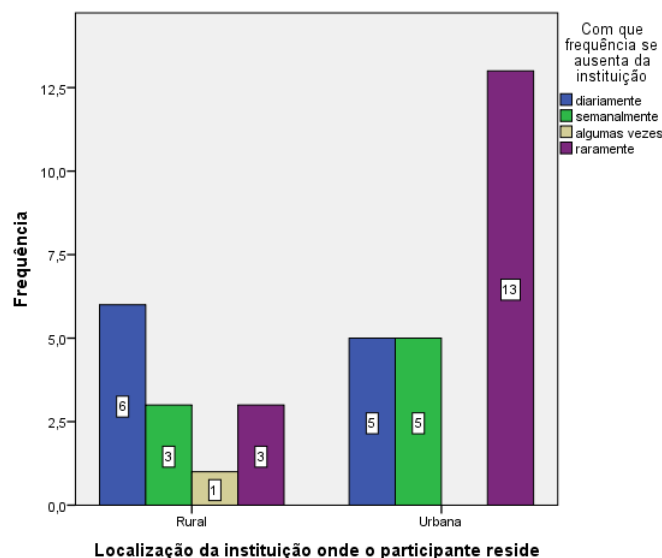
Código	Item	Categorias	Rural (n=13)		Urbano (n=23)	
			n	(%)	n	(%)
Q1.	Ao elaborar o plano de atividades, os profissionais têm em conta a sua opinião?	1 – Sim	10	(76,9)	12	(52,2)
		2 – Não	3	(23,1)	11	(47,8)
Q2.	Costuma participar nas atividades propostas pela instituição?	1 – Sim	5	(38,5)	19	(82,6)
		2 – Não	8	(61,5)	4	(17,4)
Q2.3.	Se sim, com que frequência?	1 – Sempre	3	(60,0)	1	(5,3)
		2 – Frequentemente	1	(20,0)	14	(73,6)
		3 – Algumas vezes	1	(20,0)	4	(21,1)
Q6.	Costuma participar nas atividades propostas pela instituição, no exterior?	1 – Sim	8	(61,5)	17	(73,9)
		2 – Não	5	(38,5)	6	(26,1)
Q6.3	Se sim, com que frequência?	1 – Sempre	3	(37,5)	3	(17,6)
		2 – Frequentemente	2	(25,0)	7	(41,2)
		3 – Algumas vezes	3	(37,5)	7	(41,2)

#### *Sair da instituição*

Outro item abordado aquando da entrevista foi se os participantes se ausentavam da instituição onde residem atualmente (Tabela 13). Deste modo, quando questionados sobre se se deslocavam sozinhos para fora da instituição, a totalidade ou a maior parte dos participantes, tanto no meio rural como no urbano, respondeu que sim (100,0% e 73,9%, respetivamente), que o fazem quase sempre sozinhos (69,2% no meio rural versus 76,5%, no urbano) e afirmam que não precisam de pedir autorização prévia para o fazer (76,9% no meio rural versus 52,2%, no meio urbano). Aqui o meio urbano apresenta algumas diferenças. Apesar de referirem que se deslocam sozinhos para fora da instituição (73,9%), quando questionados acerca da frequência com que o fazem, existe uma grande discrepância nas respostas entre o meio rural e urbano. Enquanto no meio rural a maioria afirma que se ausentam da instituição diariamente (46,1%), no meio urbano, a maioria raramente sai (56,6%) (Gráficos 8 e 9).



*Gráfico 8 – Distribuição se os participantes se deslocam sozinhos para fora da instituição, de acordo com o meio rural e urbano.*



*Gráfico 9 – Distribuição da frequência com que os participantes se ausentam das instituições, de acordo com o meio rural e urbano.*

A maioria quando se ausenta da instituição fá-lo com um motivo/finalidade (84,6%, no meio rural versus 91,3%, no urbano), não havendo restrição às saídas por parte das diferentes instituições. De uma forma global, observou-se que os participantes homens saem mais que as participantes mulheres e com mais frequência. Estes dirigem-se habitualmente ao café, para ler o jornal, conviver ou ver o futebol. Já os motivos apresentados pelas mulheres foram, nomeadamente, ir ao médico, dentista, cabeleireiro. Outra razão apontada para as diminutas saídas das instituições por parte das participantes, deve-se ao medo de cair na rua. Os participantes, na sua totalidade, revelaram que os profissionais se mostram



simpáticos e disponíveis e que a maioria das instituições promove a mobilidade dos utentes (61,5% no meio rural versus 95,7%, no urbano). Contudo, em ambos os casos, a maioria afirma que não tem acesso a informação sobre iniciativas no exterior (84,6% no meio rural versus 69,6%, no urbano).

*Tabela 13 – Respostas obtidas sobre o sair da instituição pelos utentes, de acordo com o meio rural e urbano.*

Código	Item	Categorias	Rural (n=13)		Urbano (n=23)	
			n	(%)	n	(%)
Q1	Desloca-se sozinha (o) para fora da instituição?	1 – Sim	13	(100,0)	17	(73,9)
		2 – Não	0	(0,0)	6	(26,1)
Q1.3	Se sim, tem de ir acompanhado de algum profissional?	1 – Sim	4	(30,8)	4	(23,5)
		2 – Não	9	(69,2)	13	(76,5)
Q1.4	Precisa de pedir autorização prévia?	1 – Sim	3	(23,1)	11	(47,8)
		2 – Não	10	(76,9)	12	(52,2)
Q1.5	Com que frequência se ausenta?	1 – Diariamente	6	(46,1)	5	(21,7)
		2 – Semanalmente	3	(23,1)	5	(21,7)
		3 – Algumas vezes	1	(7,7)	0	(0,0)
		4 – Raramente	3	(23,1)	13	(56,6)
Q1.6	Quando se ausenta, fá-lo com alguma finalidade/motivo?	1 – Sim	11	(84,6)	21	(91,3)
		2 – Não	2	(15,4)	2	(8,7)
Q2.	Há por parte da instituição alguma restrição para as saídas durante o dia?	2 – Não	13	(100,0)	23	(100,0)
Q3.	Os profissionais mostram-se simpáticos e disponíveis?	1 – Sim	13	(100,0)	23	(100,0)
Q4.	A instituição promove a mobilidade dos seus utentes, encorajando a sua deslocação para o contexto envolvente?	1 – Sim	8	(61,5)	22	(95,7)
		2 – Não	5	(38,5)	1	(4,3)
Q5.	Tem acesso a informação sobre iniciativas no exterior da instituição?	1 – Sim	2	(15,4)	7	(30,4)
		2 – Não	11	(84,6)	16	(69,6)

#### *Perceção do contexto envolvente*

Em relação à perceção do contexto envolvente (Tabela 15), a totalidade e a grande maioria dos participantes afirmam que conhece os serviços, equipamentos, espaços públicos que estão disponíveis nas imediações das instituições (100,0% no meio rural versus 82,6%, no meio urbano), conforme se pode confirmar pelos seguintes relatos:

*“Conheço, sim senhora!” (F, 86 anos, R).*

*“Conheço. Pertença à freguesia.” (M, 90 anos, R).*

*“Conheço! Eu conheço isto tudo!” (F, 92 anos, U).*

*“Tudo, conheço tudo! Sou cá de Leiria!” (M, 91 anos, U).*

*“Sim, conheço! Esta zona aqui da cidade, conheço. Vivía aqui perto.” (F, 80 anos, U).*

Tal como os conhecem, também referiram que os costumam frequentar (76,9% no meio rural versus 68,4%, no urbano). Quando questionados acerca de quais os serviços que habitualmente frequentam, os participantes no meio rural responderam que se dirigem aos serviços religiosos (igreja), a alguns serviços públicos disponíveis nas imediações das instituições (praça, jardim, farmácia, mercado), comércio (cabeleireiro, minimercado, lojas) e a cafés, pastelarias ou restaurantes. No meio urbano, os participantes referem deslocarem-se a serviços públicos (praças, jardim, banco, farmácia, serviços de saúde), ao comércio (supermercado, lojas, cabeleireiro, barbeiro, papelaria, quiosque) e a cafés, pastelaria ou restaurantes, conforme se pode observar na seguinte tabela (Tabela 14).

*Tabela 14 – Serviços que os utentes habitualmente frequentam, de acordo com o meio rural e urbano.*

<b>Locais</b>	<b>Rural (n=13)</b>	<b>Urbano (n=23)</b>
Serviços religiosos (igreja)	7/10	N.A.
Serviços públicos (praças, jardins, bancos, finanças, segurança social, farmácias, piscina municipal, mercado municipal, serviço de saúde, correios)	5/10	12/13
Comércio (minimercado, supermercado, lojas, cabeleireiro, barbeiro, papelaria, quiosque)	1/10	8/13
Café, pastelaria, restaurante	6/10	10/13

N.A. – Não Aplicável

Quando questionados se antes da entrada na instituição frequentavam esses serviços, as respostas obtidas foram que não (61,5%) no meio rural e que sim (73,7%) no urbano. Os participantes foram, ainda, inquiridos sobre que serviços, equipamentos, espaços públicos gostariam de ter junto da instituição. No meio rural, responderam que não precisam de nada, pois o que têm à disposição é o suficiente. Porém duas participantes referiram que gostavam de ter um jardim e uma sala de dança. No meio urbano, os participantes responderam de forma semelhante aos do meio rural, dizendo que estão bem servidos, uma vez que as instituições onde residem estão bem localizadas.

Através dos seguintes diagramas (Diagramas 9-12) pode-se observar os percursos que, habitualmente, os utentes residentes nas diferentes instituições costumam realizar, tanto no meio rural como no meio urbano. A localização da instituição foi assinalada pelo ponto a vermelho e os percursos através de linhas de diferentes cores. Foi usado o mesmo código de identificação, L1 e L2, para as instituições no meio rural e L3 e L4, para as instituições no meio urbano.

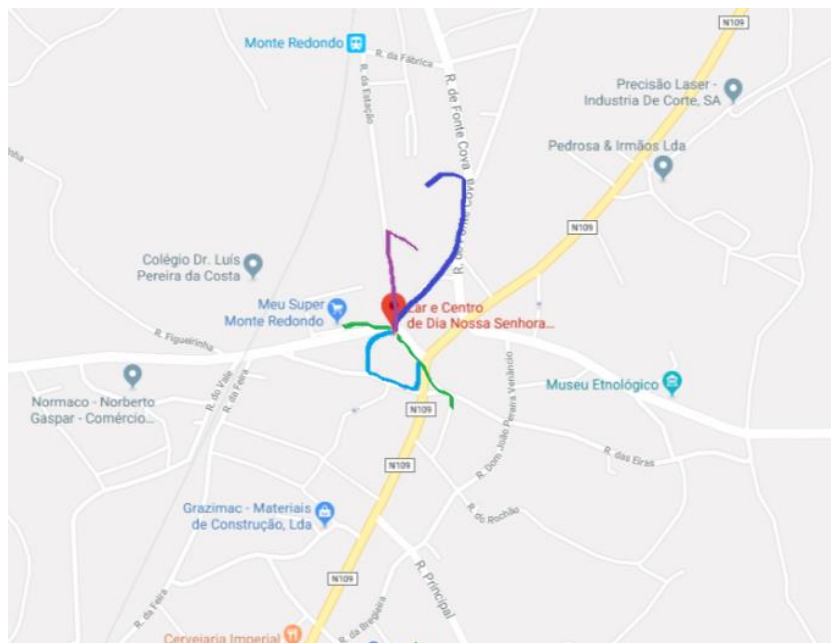


Diagrama 9 – Percursos mais utilizados pelos participantes residentes em L1.

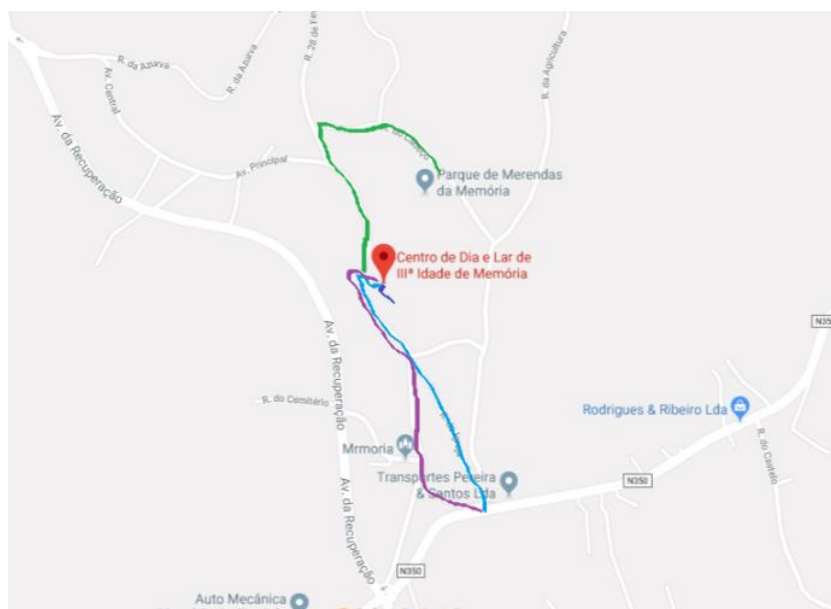
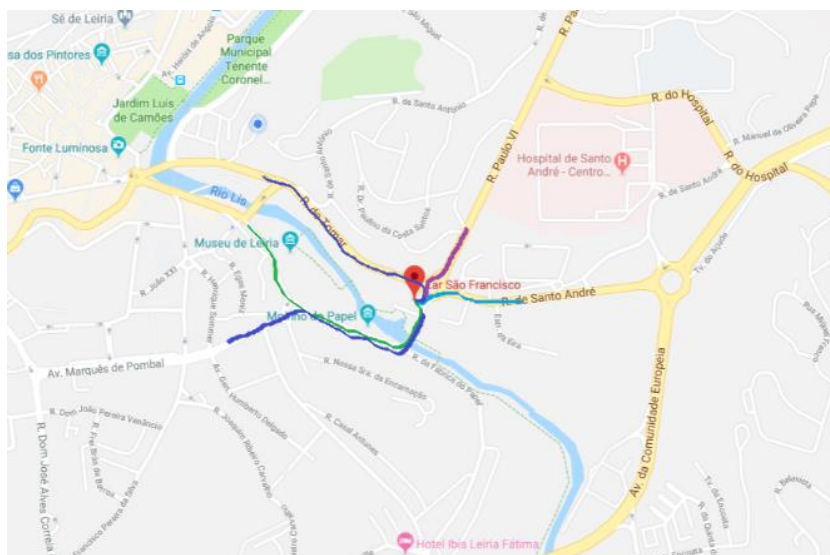
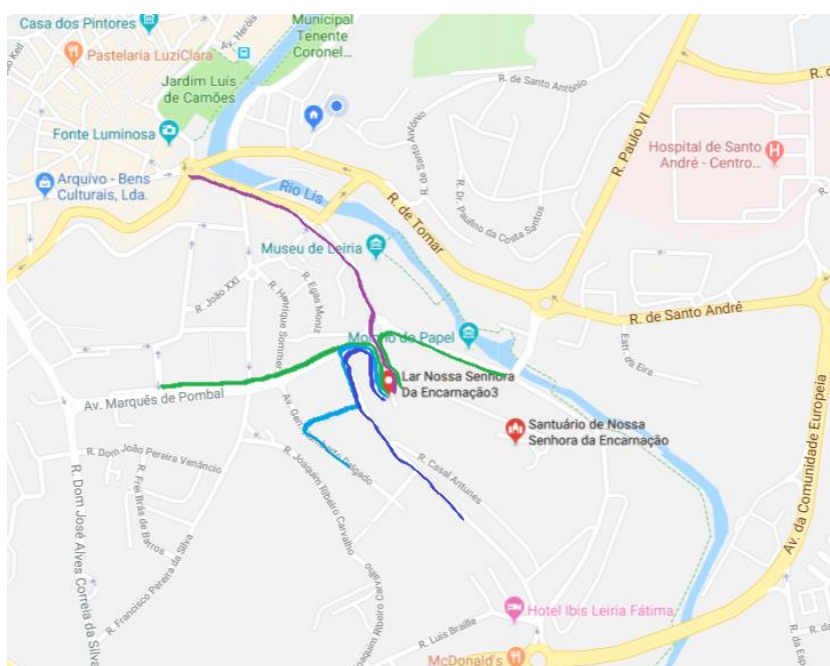


Diagrama 10 – Percursos mais utilizados pelos participantes residentes em L2.



*Diagrama 11 – Percursos mais utilizados pelos participantes residentes em L3.*



*Diagrama 12 – Percursos mais utilizados pelos participantes residentes em L4.*

Quando lhes foi perguntado se escolhem esse trajeto por algum motivo em particular, os participantes no meio rural responderam que escolheram aquele que se afigurava mais perto ou que ficava mais em caminho. No meio urbano, as respostas dos participantes foram semelhantes às dos participantes do meio rural, referindo que escolhem os trajetos mais perto e, que quase sempre optam pelo mesmo percurso. Os participantes foram, ainda, inquiridos sobre quanto tempo demoravam na realização desses trajetos. No meio rural responderam que demoram entre cinco a 15 minutos. Já no meio urbano, os participantes mencionam que demoram entre 10 a 20 minutos. Quer no meio rural quer no urbano, a maioria ou a totalidade dos participantes desloca-se a pé até aos serviços (90,0% e 100,0%,

respetivamente). Contudo, quando os percursos são mais longos, alguns participantes do meio urbano utilizam a rede *Mobilis*, para se deslocarem.

A maior parte dos participantes refere, ainda, que se sente seguro ao fazê-lo (84,6% no meio rural versus 68,4%, no urbano), que o espaço está facilmente assinalado (100,0% no meio rural e 94,7%, no urbano) e que nenhum deles se perde. Quanto à utilização de transportes públicos disponíveis, apenas 26,3% dos participantes no meio urbano os usa, algumas vezes (60,0%), sendo que mais de metade não sente dificuldades para entrar ou sair do transporte (60,0%). Em termos de localização dos serviços, grande parte dos participantes no meio rural (46,1%) refere que estes ficam longe, ao passo que todos os participantes no meio urbano afirmam que ficam perto.

Quando se deslocam a pé, 76,9% dos utentes no meio rural sentem necessidade de parar para descansar, no entanto, 80,0% revelam que não existem locais para o fazer. Porém, o mesmo não acontece no meio urbano, em que mais de metade dos participantes (52,9%) afirmam não necessitar de parar para descansar, sendo que, se precisarem, 87,5% refere que existem locais para o fazer. Ao serem inquiridos se existe alguma coisa que os desmotiva a deslocar a pé, no meio rural 53,8% dos participantes responderam que sim, enquanto no urbano 69,6%, responderam que não, como se pode verificar nos seguintes relatos:

*“Sim, as escadas”. (F, 86 anos, R).*

*“Sim, a prótese que tenho aqui na perna”. (M, 67 anos, R).*

*“As artroses nos joelhos... não me deixam andar muito a pé”. (F, 91 anos, R).*

*“Canso-me muito!”. (F, 64 anos, R).*

*“Não! Os médicos mandam andar a pé...”. (M, 79 anos, U).*

*“Não, não! Gosto mesmo de andar a pé. Desde sempre, não é de agora. O tempo pode ser desmotivador”. (F, 77 anos, U).*

*“Não, eu gosto de andar, tenho limitações, não é?! Não faço caminhadas enormes”. (M, 91 anos, U).*

*“Não, até gosto. Ainda faço umas boas caminhadas”. (F, 91 anos, U).*

*“Não! Para mim, o caminho do café satisfaz-me. Não há mais nada que me atraia. Foi toda a minha vida o que fiz. É a continuação”. (F, 90 anos, U).*

Verificou-se, ainda, que a maioria dos participantes (76,9% no meio rural versus 95,7%, no meio urbano) acha o espaço envolvente da instituição atrativo. Para finalizar, a maioria dos utentes, em ambos os meios, salientam que quando se deslocam pela rua, se sentem bem tratados pela população, assim como, respeitados.

*Tabela 15 – Respostas dadas sobre a percepção do contexto envolvente pelos utentes, de acordo com o meio Rural e o Urbano.*

Código	Item	Categorias	Rural (n=13)		Urbano (n=23)	
			n	(%)	n	(%)
<b>Q1.</b>	Conhece os serviços, equipamentos, espaços públicos que estão disponíveis à volta da instituição?	1 – Sim 2 – Não	13 0	(100,0) (0,0)	19 4	(82,6) (17,4)
<b>Q1.3</b>	Se sim, costuma frequentá-los?	1 – Sim 2 – Não	10 3	(76,9) (23,1)	13 6	(68,4) (31,6)
<b>Q3.</b>	Antes da entrada na instituição frequentava esses serviços?	1 – Sim 2 – Não	5 8	(38,5) (61,5)	14 5	(73,7) (26,3)
<b>Q4.3</b>	Qual o meio de transporte utilizado na deslocação até aos serviços?	1 – A pé 2 – Carro	9 1	(90,0) (10,0)	13 0	(100,0) (0,0)
<b>Q4.4</b>	Sente-se seguro ao fazê-lo?	1 – Sim 2 – Não	11 2	(84,6) (15,4)	13 6	(68,4) (31,6)
<b>Q4.5</b>	O espaço está facilmente assinalado?	1 – Sim 2 – Não	13 0	(100,0) (0,0)	18 1	(94,7) (5,3)
<b>Q4.6</b>	Acontece perder-se?	2 – Não	13	(100,0)	19	(100,0)
<b>Q5.</b>	Usa os transportes públicos disponíveis?	1 – Sim 2 – Não	0 13	(0,0) (100,0)	5 14	(26,3) (73,7)
<b>Q5.3</b>	Se sim, com que frequência?	1 – Diariamente 2 – Semanalmente 3 – Algumas vezes	-- -- --	-- -- --	1 1 3	(20,0) (20,0) (60,0)
<b>Q5.4</b>	Sente alguma dificuldade para entrar ou sair do transporte?	1 – Sim 2 – Não	-- --	-- --	2 3	(40,0) (60,0)
<b>Q6.</b>	Sente que os serviços ficam longe ou perto da instituição?	1 – Perto 2 – Longe 3 – Não sabe	5 6 2	(38,5) (46,1) (15,4)	19 0 0	(100,0) (0,0) (0,0)
<b>Q7.</b>	Quando se desloca a pé, sente necessidade de parar para descansar?	1 – Sim 2 – Não	10 3	(76,9) (23,1)	8 9	(47,1) (52,9)
<b>Q7.3</b>	Se sim, existem locais para tal?	1 – Sim 2 – Não	2 8	(20,0) (80,0)	7 1	(87,5) (12,5)
<b>Q8.</b>	Existe alguma coisa que o desmotiva a deslocar-se a pé?	1 – Sim 2 – Não	7 6	(53,8) (46,2)	7 16	(30,4) (69,6)
<b>Q9.</b>	Acha o espaço envolvente da instituição atrativo?	1 – Sim 2 – Não 3 – Não sabe	10 2 1	(76,9) (15,4) (7,7)	22 1 0	(95,7) (4,3) (0,0)
<b>Q10.</b>	Quando se desloca pela rua como se sente tratado pela população?	1 - Sim 2 - Não sabe	13 0	(100,0) (0,0)	22 1	(95,7) (4,3)
<b>Q10.1</b>	Sente que é respeitado?	1 – Sim 2 – Não sabe	13 0	(100,0) (0,0)	22 1	(95,7) (4,3)

#### 4.1.4. Caracterização da Saúde dos Utentes

Em relação aos cuidados de saúde, os participantes inquiridos não são fumadores, a maioria não bebe bebidas alcoólicas (84,6%, no meio rural versus 95,7%, no urbano), no entanto, a grande maioria sofre de doenças que os obriga a cuidados médicos regulares (92,3%, no meio rural versus 95,7%, no urbano) e todos eles tomam habitualmente medicamentos, entre seis a 10 comprimidos por dia (Tabela 16).

*Tabela 16 – Características de Saúde dos participantes Utentes, de acordo com o meio Rural e Urbano*

Código	Item	Categorias	Rural		Urbano	
			n	(%)	n	(%)
<b>Q1.</b>	É fumador (a)?	2 – Não	13	(100,0)	23	(100,0)
<b>Q2.</b>	Bebe bebidas alcoólicas?	1 – Sim	2	(15,4)	1	(4,3)
		2 – Não	11	(84,6)	22	(95,7)
<b>Q3.</b>	Tem cuidados com a alimentação?	1 – Sim	7	(53,8)	5	(21,7)
		2 – Não	6	(46,2)	18	(78,3)
<b>Q3.3</b>	Se sim, que cuidados tem?	1 – Prato Dieta	7	(53,8)	4	(17,4)
		2 – Prato Normal	6	(46,2)	18	(78,3)
		3 – Prato Vegetariano	0	(0,0)	1	(4,3)
<b>Q4.</b>	Sofre atualmente de alguma doença que o obriga a cuidados médicos regulares	1 – Sim	12	(92,3)	22	(95,7)
		2 – Não	1	(7,7)	1	(4,3)
<b>Q5.</b>	Toma habitualmente medicamentos?	1 – Sim	13	(100,0)	23	(100,0)
<b>Q5.3</b>	Se sim, quantos medicamentos diferentes toma por dia?	1 – De 1 a 5	4	(30,8)	8	(34,8)
		2 – De 6 a 10	5	(38,4)	13	(56,5)
		3 – > 10	4	(30,8)	2	(8,7)

#### 4.1.5. Atividade física

Para perceber um pouco mais acerca dos cuidados de saúde dos utentes das diferentes instituições, nomeadamente ao nível da sua atividade física, foi aplicado um questionário de atividade física habitual (Almeida & Ribeiro, 2014), recentemente adaptado para a população portuguesa.

##### *Questionário Atividade Física Habitual*

Quando questionados sobre se praticam desporto ou exercício programado, apenas quatro utentes das diferentes instituições, respondem afirmativamente, estando estes distribuídos equitativamente pelos dois meios, rural e urbano. Os desportos ou exercício programado referidos como praticados pelos

participantes foram: jardinagem, caminhada e hidroginástica. No meio rural, referiram praticar jardinagem e caminhada, enquanto no urbano, caminhada e hidroginástica. Todos os participantes, apesar de não praticarem nenhum desporto ou atividade física programada, responderam às restantes questões relativas à prática de exercício físico, o que permitiu calcular os índices de desporto, designado por AF-Desporto (AFD); de lazer, designado por AF-Lazer (AFL); e, total, designado por AF-Total (AFT).

Foram relacionados os resultados (em termos de média e desvio padrão) obtidos no índice do desporto, índice de lazer e a atividade física total com as variáveis sociodemográficas, género, idade, estado civil, escolaridade e localização, conforme se pode ver na seguinte tabela (Tabela 17).

Em relação ao género, os homens apresentaram valores superiores para os três parâmetros, comparativamente com as mulheres (AFD-1,97; AFL-2,59; AFT-4,56 versus AFD-1,86; AFL-2,20; AFT-4,06). Relativamente à idade dos participantes, verificou-se que à medida que esta aumenta, os resultados obtidos diminuíram também para os três parâmetros da atividade física sendo, por isso, a faixa etária entre os 64 e os 75 anos que apresenta maior atividade física. Os resultados relativos ao estado civil dos participantes, revelaram que os que são divorciados/separados apresentam valores superiores nos três parâmetros de atividade física, seguidos dos solteiros.

Relativamente ao nível de escolaridade, os participantes que apresentam mais habilitações literárias apresentam resultados mais elevados. Como se realizou um estudo comparativos entre os meios rural e o urbano, optou-se também por tentar perceber como foram os resultados relativos à atividade física. Deste modo, os participantes residentes no meio rural obtiveram resultados mais favoráveis comparativamente com os do urbano (AFD-2,06; AFT-4,35 versus AFD-1,81; AFT-4,14), no que respeita a duas dimensões.

*Tabela 17 – Atividade Física Habitual, de acordo com as variáveis sociodemográficas.*

		AF – Desporto (AFD)		AF – Lazer (AFL)		AF – Total (AFT)	
		M	DP	M	DP	M	DP
<b>Género</b>	Feminino	1,86	0,55	2,20	0,42	4,06	0,85
	Masculino	1,97	0,65	2,59	0,38	4,56	0,93
<b>Idade</b>	64-75 anos	2,34	0,87	2,42	0,49	4,76	1,10
	76-85 anos	1,96	0,66	2,30	0,47	4,25	1,07
	86-95 anos	1,72	0,30	2,30	0,43	4,03	0,67
<b>Estado Civil</b>	Solteiro	2,06	0,94	2,44	0,75	4,50	1,63
	Casado/União de facto	1,66	0,23	2,47	0,41	4,13	0,63
	Viúvo	1,91	0,56	2,23	0,38	4,14	0,87
	Divorciado/Separado	2,41	0,93	2,50	0,71	4,91	0,23



<b>Escolaridade</b>	Não tem qualquer escolaridade	1,93	0,61	2,38	0,35	4,31	0,89
	>= 4 anos	1,84	0,52	2,26	0,43	4,10	0,77
	Entre 5 a 11 anos	1,67	0,38	2,17	0,72	3,83	1,04
	>= 12 anos	3,24	--	3,25	--	6,49	--
<b>Localização</b>	Rural	2,06	0,66	2,29	0,34	4,35	0,92
	Urbano	1,81	0,52	2,34	0,50	4,14	0,89

AF – Atividade Física

## 4.2. Profissionais

### 4.2.1. Características Sociodemográficas dos participantes **Profissionais (N=8)**

Quanto aos profissionais entrevistados, a maioria tem entre 20 e 39 anos, são maioritariamente do sexo feminino e possuem mais de 12 anos de escolaridade, nomeadamente ao nível da licenciatura (Tabela 18).

*Tabela 18 – Caracterização Sociodemográfica dos Profissionais (N=8), de acordo com o meio Rural e Urbano.*

	<b>Rural (n=4)</b>		<b>Urbano (n=4)</b>	
	M	(dp)	M	(dp)
Idade em anos	38,5	16,9	27	2,3
	n	(%)	n	(%)
Idade por grupos				
20-39 anos	2	(50,0)	4	(100,0)
40-59 anos	2	(50,0)	0	(0,0)
Género				
Feminino	4	(100,0)	2	(50,0)
Masculino	0	(0,0)	2	(50,0)
Anos Escolaridade				
1-4 anos	1	(25,0)	0	(0,0)
>12 anos	3	(75,0)	4	(100,0)
Profissão				
Animador sociocultural	1	(25,0)	1	(25,0)
Assistente social	1	(25,0)	1	(25,0)
Auxiliar ação direta	1	(25,0)	0	(0,0)
Educador social	0	(0,0)	1	(25,0)
Enfermeiro	1	(25,0)	1	(25,0)

### 4.2.2. Caracterização da instituição sob o ponto de vista dos profissionais

Através das entrevistas com os profissionais dos diferentes equipamentos, observou-se que todas as instituições permitem a saída dos utentes sempre que estes manifestem essa necessidade, no entanto, tanto no meio rural como no urbano, têm de manifestar essa intenção a alguém, podendo ser esta dirigida à equipa técnica ou a outro funcionário que esteja presente no momento. No meio rural, não

necessitam de avisar com antecedência, enquanto no urbano, não existe uma resposta definida pelos profissionais inquiridos. Os mesmos revelaram que os utentes no meio rural poderão sair sozinhos, enquanto no meio rural, a resposta a esta questão não foi consensual devendo, na opinião de dois profissionais, ser acompanhados por profissionais, quando necessitarem de sair.

Contudo, os profissionais dos equipamentos de ambos os meios estão em consonância quando referem que tendo a possibilidade de ser ausentar durante o dia da instituição, os utentes fazem-no, conforme se pode constatar pelos seguintes relatos:

*“Tendo a possibilidade de sair, saem”. (F, 58 anos, R).*

*“Sim, ausentam-se. Mas os que têm capacidade para isso”. (F, 27 anos, R).*

*“Sim. Há muitos que saem todos os dias. Vão ao café, vão jogar às raspadinhas, vão ali à igreja, vão à missa”. (F, 22 anos, R).*

*“Alguns sim, saem.” (F, 25 anos, U).*

*“Sim, vão!” (M, 29 anos, U).*

Em termos de frequência com que o fazem, no meio rural é diariamente ou algumas vezes, enquanto no meio urbano salientaram que é diariamente e semanalmente, como se pode confirmar pelos seguintes relatos:

*“Depende dos utentes. Alguns que saem diariamente, outros semanalmente, outros ainda mensalmente”. (F, 27 anos, R).*

*“Há muitos que saem todos os dias”. (F, 22 anos, R).*

*“É conforme a pessoa. Alguns saem todos os dias”. (F, 25 anos, U).*

*“Depende dos utentes, mas ausentam-se com alguma frequência. Alguns diariamente.” (F, 29 anos, U).*

*“Temos aí senhores que saem todos os dias à rua”. (M, 29 anos, U).*

Foram, ainda, inquiridos sobre a que serviços se dirigem os utentes quando se deslocam para fora da instituição. No meio rural, segundo os relatos dos profissionais, os utentes dirigem-se ao espaço envolvente da instituição, vão até ao jardim, ao café ou pastelaria, à farmácia, à feira e à igreja. No meio urbano, os utentes deslocam-se ao café, vão às compras, à farmácia, ao banco, a consultas médicas ou apenas passear. Os seguintes relatos confirmam a opinião dos profissionais:

*“Andam pelas redondezas, vão até ali ao jardim.” (F, 58 anos, R).*

*“Vão ao jardim, à feira dos 29, ao café ver o futebol, às compras, à pastelaria, beber um café”. (F, 27 anos, R).*

*“Normalmente vão ao café, à igreja, vão sempre à feira, à farmácia”. (F, 22 anos, R).*

*“Há um grupinho, que faz aqui umas caminhadas. Vão até à igreja e voltam”. (F, 47 anos, R).*

*“Vão ao café, vão às compras. Muitos deles vão ao Intermarché. Alguns vão à farmácia. Outros vão passear”. (F, 25 anos, U).*

*“Dirigem-se a consultas médicas, ao banco, à farmácia, supermercado, ao café e a qualquer sítio onde precisem de ir”. (F, 29 anos, U).*

*“Muitos deles vão ao café ou vão simplesmente passear. Ou vão a consultas”. (M, 29 anos, U).*

Quando questionados acerca de como se deslocam os utentes nas suas saídas, no meio rural os profissionais responderam que estes saem a pé e/ou de carro, enquanto, que no urbano se deslocam a pé e/ou transporte público, nomeadamente o *Mobilis*, visto que têm paragens nas imediações das duas instituições (L3 e L4).

Em termos de acessibilidade, a maioria dos profissionais acha que os utentes têm dificuldade em aceder aos serviços, sendo as mesmas manifestadas em ambos os meios. No meio rural, na instituição L1 existem passeios estreitos ou mesmo inexistentes, passadeiras de peões situadas em curvas, com pouca visibilidade e o elevado tráfego automóvel, enquanto a instituição L2 está situada numa zona alta, em que os poucos acessos que existem, têm uma elevada inclinação e onde se observa a ausência total de passeios e de passagem de peões. No meio urbano, nas imediações da instituição L3 existem alguns passeios estreitos, em que a calçada não está bem arranjada ou, ainda, que não apresentam desnivelamentos. Já a instituição L4 situa-se numa rua sem saída com alguma inclinação, em que o passeio que lhe dá acesso tem zonas com degraus, é muito estreito e encontra-se em mau estado. O elevado tráfego automóvel, com velocidade, por vezes excessiva, assim como, o estacionamento abusivo são outras dificuldades evidenciado pelos profissionais do meio urbano.

Relativamente à questão se os utentes são incentivados a usufruir do contexto envolvente da instituição, encorajando a sua deslocação, todos os profissionais, em ambos os meios, foram unânimes ao afirmar que sim. Referem, ainda que as instituições promovem a mobilidade dos seus utentes através de atividades e passeios organizados. No entanto, salientam até que gostariam que fizessem mais, que os incentivam, mas alguns não são muito recetivos, conforme se pode observar pelos seguintes relatos:

*“Agora até têm aquelas bicicletas ali à frente, aqueles aparelhos. E nós gostávamos que eles fizessem mais. Já começam a fazer, mas dão-se muito à preguiça”. (F, 27 anos, R).*

*“Ficam todos sentados nos bancos a conversar. Jogam lá às cartas”. (F, 22 anos, R).*

*“Semanalmente têm o acompanhamento de uma fisioterapeuta que os incentiva a uma atividade física, tanto em grupo como individualmente”. (F, 29 anos, U).*

*“Muitas das vezes as condições são oferecidas, mas eles não aderem”. (M, 29 anos, U).*

Em relação à planificação das atividades promovidas pelas instituições, a maioria dos profissionais destaca que a mesma é discutida com os utentes. Apenas um profissional no meio rural salientou não saber como é feito o referido planeamento, deixando essa tarefa a cargo da animadora da instituição. Quando inquiridos sobre as atividades que a instituição promove no seu interior as respostas dos profissionais do meio rural foram a realização de jogos, ginástica com um profissional, duas vezes por semana, atividades manuais, ver filmes ou televisão, ouvir música, dançar, pinturas, trabalho sensorial e cognitivo (exercícios de escrita, leitura), culinária. No meio urbano, os profissionais referiram que as instituições promovem atividades como: trabalhos de expressão plástica, estimulação cognitiva, ateliers culinários e de teatro, jogos cognitivos, treino da leitura e da escrita, musicoterapia,

ludoterapia, convívios interinstitucionais e intergeracionais, cuidar da pequena horta/jardim, ginástica com fisioterapeuta ou um profissional de gerontomotricidade, biblioterapia.

Quanto às atividades promovidas no exterior, os profissionais no meio rural salientaram que costumam levar os utentes à praia, ao teatro a Leiria, a Fátima, a fazer caminhadas, a visitar museus, à biblioteca, convívios com outras instituições, passeios lúdicos. No meio urbano, os profissionais referem que as instituições promovem caminhadas ao jardim e à beira rio, visitas a espaços culturais, museus, teatro, idas ao mercado, à biblioteca municipal, fazem piqueniques e passeios pelas praias, convívios com outras instituições, vão a Fátima. Relativamente ao modo como se realiza o transporte dos utentes para essas atividades mais uma vez os profissionais são unânimes, em ambos os meios, referindo que o mesmo é realizado a pé e/ou nas carrinhas da instituição.

Os profissionais foram, ainda, questionados sobre quais são as principais dificuldades sentidas pela instituição para o desenvolvimento das suas atividades. No meio rural, os profissionais responderam que as maiores dificuldades sentidas são, por um lado, quando os utentes não aderem às atividades planeadas e, por outro, os recursos necessários à realização das mesmas, não só materiais, mas também monetários, sendo este último um entrave. No entanto, referem que para colmatar essa dificuldade realizam pequenas feiras temáticas onde vendem alguns trabalhos realizados pelos utentes. Para os profissionais no meio urbano que a maior dificuldade é, igualmente a falta de motivação dos utentes, que se vão acomodando. Por parte das instituições não existem entraves, porém também existe alguma escassez de recursos financeiros, que se vão contornando com feiras temáticas, para venda de alguns trabalhos que os utentes vão realizando.

Quando questionados se conseguem esclarecer os utentes caso estes queiram usufruir dos transportes públicos disponíveis, os profissionais de ambos os meios responderam de igual forma. Metade refere que sim e a outra metade refere que não. No entanto, salientam que vão à internet pesquisar os horários, para esclarecer o utente.

A maioria dos profissionais inquiridos, em ambos os meios, é da opinião que as instituições incentivam os seus utentes a terem uma atividade física mais sistemática, pois em todas elas têm à disposição, pelo menos duas vezes por semana, técnicos especializados, como fisioterapeutas ou professores de gerontomotricidade, que promovem atividade física em aulas grupo ou sessões individuais. Porém, salientam que sempre que possível procuram incluir a atividade física noutras atividades como, por exemplo, a realização de caminhadas no exterior.

Na opinião dos profissionais do meio rural, no espaço envolvente da instituição L1 existem serviços no espaço envolvente que motivem a saída dos utentes (serviços religiosos, serviços públicos, comércio, café), contudo, na L2 isso não se verifica, estando o espaço envolvente desprovido de serviços (apenas apresenta uma igreja e a extensão do centro de saúde). Já no meio urbano, os profissionais são da opinião que no espaço envolvente das instituições, existem serviços à disposição que motivem a saída dos seus utentes, conforme se pode observar pelos seguintes relatos:

*“Sim! Temos aqui deste lado o jardim da instituição, que tem equipamentos para fazer exercício. Depois, ali mais à frente, junto ao mercado temos outro espaço com mais*

*equipamentos para pessoas idosas, um parque infantil e parque de merendas. E têm cafés, pastelaria, banco, correios, centro de saúde e imensas coisas, para onde possam ir. Se quiserem mais perto, vão até à igreja. Têm muito por onde escolher, é só preciso vontade". (F, 27 anos, R).*

*Não! Têm a parte da igreja e têm aquele espaço envolvente. Nós aqui não temos jardim. Não dá para fazer muitas atividades ao ar livre. Só temos aquele espaço, mas muitas vezes estão ali carrinhas a descarregar, por isso não temos espaço livre. Temos um parque de merendas ali em baixo, mas é preciso ir na carrinha. A freguesia não tem assim nada onde ir". (F, 22 anos, R).*

*"Por acaso, aqui até existem. Acho que estamos bem situados. Não estamos muito longe do centro da cidade. Temos cafés, museus, cabeleireiros, supermercado, farmácia, um quiosque onde às vezes vão comprar o jornal. É preciso é que eles queiram sair". (F, 25 anos, U).*

A acessibilidade a esses serviços, segundo os profissionais, no meio rural é mais ou menos, enquanto no meio urbano esta é boa ou mais ou menos. Existem, assim algumas dificuldades identificadas pelos profissionais. No meio rural salientam a ausência de passeios e a má colocação de algumas passagens para peões, o que tornaria o acesso a alguns locais mais seguro. No meio urbano, referiram a falta de manutenção do piso e a inexistência de passeios rebaixados.

Quando questionados acerca da postura da população, em geral, em relação às pessoas mais velhas, os profissionais do meio rural não foram unânimes e responderam que é boa, tem vindo a mudar ou ainda que não é aceite. No meio urbano, salientaram que também tem vindo a mudar e que ainda não é aceite. Em relação à instituição, no meio rural, acham que a postura da população é boa ou bem aceite, sendo que o mesmo se verificou no meio urbano.

*Tabela 19 – Caracterização da Instituição segundo os profissionais, de acordo com o meio Rural e Urbano.*

Código	Item	Categoria	Rural (n=4)		Urbano (n=4)	
			n	%	n	%
Q1.	A instituição permite a saída dos seus utentes, sempre que estes manifestem essa necessidade?	1 – Sim	4	(100,0)	4	(100,0)
Q2.	Têm de manifestar essa intenção a alguém?	1 – Sim 2 – Não	3 1	(75,0) (25,0)	4 0	(100,0) (0,0)
Q2.3	Se sim, a quem?	1 – Equipa técnica 2 – Outro funcionário	1 3	(25,0) (75,0)	2 2	(50,0) (50,0)
Q2.3.1	Com alguma antecedência?	1 – Sim 2 – Não	1 3	(25,0) (75,0)	2 2	(50,0) (50,0)
Q3.	Poderão fazê-lo sozinhos?	1 – Sim 2 – Não	2 2	(50,0) (50,0)	4 0	(100,0) (0,0)
Q3.3	Se não, terão de se fazer acompanhar de um profissional?	1 – Sim	2	(100,0)		
Q4.	Tendo essa possibilidade, os utentes ausentam-se	1 – Sim	4	(100,0)	4	(100,0)

	durante o dia da instituição?					
<b>Q4.3</b>	Se sim, com que frequência?	1 – Diariamente	2	(50,0)	2	(50,0)
		2 – Semanalmente	0	(0,0)	2	(50,0)
		3 – Algumas vezes	2	(50,0)	0	(0,0)
<b>Q4.3.2</b>	Deslocam-se a pé ou através de um meio de transporte?	1 – A pé e/ou transporte público	0	(0,0)	4	(100,0)
		2 – A pé e/ou carro	4	(100,0)	0	(0,0)
<b>Q5.</b>	Em termos de acessibilidade, acha que os idosos têm dificuldades em aceder a esses serviços?	1 – Sim	2	(50,0)	3	(75,0)
		2 – Não	2	(50,0)	1	(25,0)
<b>Q6.</b>	Os utentes da instituição são incentivados a usufruir do contexto envolvente?	1 – Sim	4	(100,0)	4	(100,0)
<b>Q7.</b>	A instituição promove a mobilidade dos seus utentes, encorajando a sua deslocação para o contexto envolvente?	1 – Sim	4	(100,0)	4	(100,0)
<b>Q8.</b>	A planificação das atividades promovidas pela instituição é discutida com os utentes?	1 – Sim	3	(75,0)	4	(100,0)
		2 – Não sei	1	(25,0)	0	(0,0)
<b>Q9.2.1</b>	Como se realiza o transporte para essas atividades?	1 – A pé e/ou carrinhas instituição	4	(100,0)	4	(100,0)
<b>Q11.</b>	Relativamente aos transportes públicos existente, consegue esclarecer os utentes caso estes queiram usufruir deste serviço?	1 – Sim	2	(50,0)	2	(50,0)
		2 – Não	2	(50,0)	2	(50,0)
<b>Q12.</b>	Acha que a instituição incentiva os utentes a terem uma atividade física mais sistemática?	1 – Sim	3	(75,0)	4	(100,0)
		2 – Não	1	(25,0)	0	(0,0)
<b>Q13.</b>	Na sua opinião, no espaço envolvente da instituição existem ou não existem serviços?	1 – Sim	2	(50,0)	4	(100,0)
		2 – Não	2	(50,0)	0	(0,0)
<b>Q14.</b>	Na sua opinião, como é a acessibilidade a esses locais?	1 – Boa	1	(25,0)	2	(50,0)
		2 – Má	1	(25,0)	0	(0,0)
		3 – Mais ou menos	2	(50,0)	2	(50,0)
<b>Q15.</b>	Qual a postura da população, em geral, em relação às pessoas mais velhas?	1 – Boa				
		2 – Tem vindo a mudar	2	(50,0)	0	(0,0)
		3 – Ainda não é aceite	1	(25,0)	2	(50,0)
		4 – Não sei	1	(25,0)	1	(25,0)
<b>Q15.1</b>	E em relação à instituição?	1 – Boa/bem aceite	0	(0,0)	3	(75,0)
		2 – Não sei	0	(0,0)	1	(25,0)

## 5. DISCUSSÃO

O objetivo deste estudo de caso foi explorar em que medida o ambiente construído envolvente das ERPI, contribui para a mobilidade pedonal e comportamento de saúde dos seus utentes, no meio rural e no meio urbano, do concelho de Leiria.

Apesar das tendências atuais das políticas públicas apontarem no sentido do *ageing in place*, as instituições de apoio à terceira idade representam uma solução bastante viável (Santinha & Marques, 2015). A grande maioria dos participantes deste estudo são mulheres (25 em 36 participantes, para os dois meios), viúvas (76,9% no meio rural versus 52,2% no meio urbano) e com baixos níveis de escolaridade, o que corrobora com estudo realizado por Del Duca, Silva e Thumé (2012) que concluíram que a institucionalização é mais frequente para o sexo feminino, pois trata-se do sexo que está em maioria quando se fala da velhice (INE, 2018). Pessoas idosas pouco ativas têm maior probabilidade de ser institucionalizadas. À medida que o tempo de institucionalização e a idade do participante aumentam, menor é a vontade para sair para o exterior e, conseqüentemente, de praticar atividade física, acomodando-se. Observou-se ainda, que na sua maioria, a decisão da institucionalização pertenceu aos descendentes dos participantes no meio rural (69,2%), enquanto no meio urbano esta ficou a cargo do próprio (73,9%), tal facto que não é referenciado na literatura existente.

Segundo as recomendações da DGOTDU (2002), este tipo de instituições (ERPI) devem estar situadas em zonas habitacionais, de acesso fácil e seguro, de preferência localizadas na proximidade de jardins públicos, lugares de culto, zonas comerciais e serviços (correios, bancos, por exemplo), bem como, em zonas com acessibilidade às estruturas de saúde e, afastadas de zonas poluídas e de ruído intenso. Ao analisar a caracterização dos ambientes construídos envolventes às ERPI, através dos diagramas/mapas observou-se que, tanto para um raio de 400/500m como de 800/1000m, as localizadas no meio urbano (L3 e L4) apresentam maior número e mais diversificado de serviços e/ou equipamentos do que as situadas no meio rural (L1 e L2), nomeadamente a presença de jardins, igrejas, comercio, serviços públicos, espaços culturais e paragens de autocarro. No entanto, observou-se que na zona envolvente da L1 existem, ainda que em menor número e variedade, a presença de alguns serviços, tal como igreja, jardim/parque, café, minimercado, comercio e paragem de autocarro. Isto vai ao encontro do que Carstens (1993) e Tolley (2003) recomendam, que os serviços de necessidades básicas (mercearia, comercio e paragens de autocarro) devem estar circunscritos a uma distância de 400m (cinco minutos) e outro tipo de serviços (serviços médicos, restaurantes, cafés, correios) a cerca de 800m (dez minutos). Também os autores Burton e Mitchell (2006) preconizam que, em termos de acessibilidade, as habitações das pessoas mais velhas não devem estar localizadas a mais de 500m de serviços primários e, 800m de serviços secundários (inclui espaços abertos, biblioteca, dentista, oculista, espaços de culto, entre outros). Salienta-se, assim, a importância dos espaços públicos enquanto determinantes da atividade física e mobilidade pedonal, a qual se torna mais evidente com envelhecimento (Bárrios & Fernandes, 2014).

Observou-se, através da análise das grelhas de observação, a existência de algumas barreiras físicas que podem condicionar a mobilidade pedonal dos utentes residentes nas ERPI, tanto em meio rural como em meio urbano. De acordo com Clarke, Ailshire e Lantz (2009), as barreiras do ambiente construído, como calçadas irregulares ou descontínuas, trânsito intenso de veículos, dificuldade de acesso aos transportes públicos, a comércio e a serviços de saúde são características que dificultam a mobilidade e influenciam a capacidade das pessoas idosas se manterem independentes. As grelhas de observação utilizadas neste estudo foram adaptadas de Santinha *et al.* (2017) e baseadas em cinco critérios, que devem ser tidos em consideração para a promoção da mobilidade pedonal das pessoas idosas, nomeadamente conectividade, conveniência, conforto, legibilidade e convivência. No parâmetro da conectividade, observou-se a existência de interseções com a rede viária por percurso/distância em todos os locais, menos no L2, onde também não existem espaços intermodais. Observou-se, também, que todos os locais apresentam barreiras naturais/construídas, com exceção do L1. Relativamente ao parâmetro da conveniência, apenas no L2 as orientações para a distância dos serviços, não se observa, como se pode ver anteriormente pela análise dos diagramas, tendo este, poucos serviços nas suas imediações. Também se observou no L2 a inexistência de atravessamentos pedonais. Observou-se, ainda, que a largura e o pavimento dos passeios só são adequados no L3. Relativamente ao conforto, em nenhum dos locais se observa a existência de passeios desobstruídos. Apenas o L1 apresenta vias planas o que possibilita maior conforto na mobilidade pedonal dos utentes. Para a legibilidade observou-se que os quatro locais, em ambos os meios, estão dotados, apenas não apresentam sinalética adequada para pessoas com necessidades especiais. Em relação ao parâmetro da convivência, apenas no L2 se observa a ausência de pontos de interesse históricos/culturais, de fatores de atração (espaços recreativos, desportivos) e de espaços públicos propícios ao fomento de relações sociais. Neste sentido, alguns autores referem que vários aspetos do ambiente construído podem afetar o modo com que as pessoas mais idosas se sentem capazes e motivadas para passear no exterior da sua residência, sendo as condições físicas do pavimento de extrema importância fornecendo, portanto, potenciais obstáculos à mobilidade pedonal (Bárrios & Fernandes, 2014; Day, 2008).

De acordo com alguns investigadores (Santinha & Marques, 2013; Vale, Alves, Bento, Rosa & Pereira, 2015), ambientes dotados serviços e meios de acesso facilitadores contribuem para o aumento da mobilidade pedonal das pessoas idosas, o que vem reforçar a importância do planeamento regional e urbano como ferramenta de promoção da mobilidade urbana sustentável. Os comportamentos de saúde das pessoas idosas institucionalizadas, tais como o aumento da atividade física e a diminuição da obesidade, são também favorecidos tendo em conta bons ambientes construídos, envolventes às ERPI (PANAF, 2018; Bárrios & Fernandes, 2014).

Neste estudo observou-se que a totalidade ou a maioria das pessoas idosas residentes nas ERPI deslocam-se sozinhas para o seu exterior (100% em meio rural versus 73,9% em meio urbano), assim como, o conhecem (100% em meio rural versus 82,6% em meio urbano) e, frequentam os serviços e equipamentos (76,9% em meio rural versus 68,4% em meio urbano) ali existentes. Contudo, são poucos os que o fazem diariamente (46,1% em meio rural versus 21,7% em meio urbano). Ou seja, a frequência com que o fazem nos dois meios é bastante diferente. Enquanto no meio urbano 56,6% dos



participantes referem que raramente saem, no meio rural quase metade (46,1%) dos participantes se deslocam ao exterior diariamente, para ir ao café ou passear simplesmente.

Observou-se que os participantes homens saem mais que as participantes mulheres e com mais frequência. Estes dirigem-se habitualmente ao café, para ler o jornal, conviver ou ver o futebol. As mulheres saem na sua grande maioria com um motivo ou objetivo específico, nomeadamente ir ao médico, dentista, cabeleireiro. Outra razão apontada para as diminutas saídas das instituições por parte das participantes, deve-se ao medo de cair na rua. O medo de cair nas pessoas idosas institucionalizadas é bastante frequente, sendo considerado como um fator de risco para a independência do indivíduo (Brouwer, B., Walker, C., Rydahl, S. & Culham, E., 2003; Meereis, E., Favretto, C. & Souza, J., 2013).

Relativamente aos serviços/equipamentos a que se dirigem os participantes quando saem das ERPI, as respostas obtidas foram um pouco diferentes nos dois meios. Assim, no meio rural os utentes frequentam os serviços religiosos (igreja) e alguns serviços públicos disponíveis (praças, jardins, mercado) ou cafés. Os autores Salvador *et al.*, (2009) concluíram que a presença de igrejas/templos religiosos a dez minutos de casa e, de ginásios e praças foram associados com a prática de atividade física de lazer nas mulheres. No meio urbano, os participantes referem frequentar os serviços públicos (jardins, bancos, farmácia), o comércio (supermercado, lojas) e os cafés. No entanto, os mesmos não referiram frequentar os serviços religiosos situados no contexto envolvente, pois as instituições em que residem, no meio urbano, têm à disposição dos seus utentes esse tipo de serviços.

Assim, mais uma vez, estes resultados vão de encontro, em parte, aos encontrados num estudo efetuado por Salvador *et al.* (2009), que pretendeu analisar a associação da atividade física no lazer com a perceção do ambiente pelas pessoas idosas. Os autores verificaram que a presença de zonas desportivas, morar a dez minutos (a caminhar) de instituições bancárias ou centros de saúde, tal como, uma boa perceção de segurança durante o dia e ser convidado pelos amigos para fazer atividade física, foram associados com a prática de atividade física no lazer nos homens (Salvador *et al.*, 2009). Normalmente quando saem, os participantes do meio urbano restringem-se a pequenos trajetos, nas imediações das instituições, pois os serviços onde habitualmente frequentam se situam num raio de 400/500m. Desta forma, são poucos os que recorrem aos transportes públicos para se deslocarem.

A perceção que os participantes têm do ambiente construído envolvente das instituições onde residem é semelhante em ambos os meios, isto é, que estão bem servidos de serviços e equipamentos. Observa-se, então, que os participantes do meio rural apesar de terem poucos serviços/equipamentos à disposição, acham que estes são suficientes para satisfazer as suas necessidades do dia-a-dia enquanto utentes de ERPI.

É inquestionável que a atividade física apresenta inúmeros benefícios para a saúde (Wen *et al.*, 2011), assim como, para a manutenção da mobilidade (Day, 2008). Através deste estudo observou-se que os utentes do meio rural apresentam resultados mais favoráveis para o comportamento de saúde e atividade física, do que os do meio urbano, o que vai de encontro ao observado por Dias *et al.* (2018), quando avaliou os níveis de atividade física de uma população rural portuguesa. Apenas quatro participantes praticam atividade física de forma sistemática e regular, dois no meio rural e dois no meio

urbano. O tipo de atividade física mais praticada pelos participantes foi a caminhada, seguido da hidroginástica e jardinagem. Os restantes participantes praticam caminhada de lazer ou deslocamento ou ficam condicionados, por vontade própria, à atividade física disponibilizada pelas ERPI onde residem. Este resultado vai de encontro ao preconizado por Monteiro *et al.* (2008), ao referir que a caminhada é a atividade mais praticada pelas pessoas idosas, tal como, a investigação realizada por Giehl, Schneider e Corseuil (2012) demonstrou que caminhar como forma de deslocamento ou durante o lazer, é uma das formas mais habituais de atividade física nas pessoas idosas, pois é acessível, não requer habilidade/capacidade nem equipamentos especiais, e pode ser praticada em qualquer lugar (Giehl *et al.*, 2012).

Vários determinantes individuais influenciam a participação na atividade física, incluindo o género, a idade, as habilidades individuais, capacidade ou limitação, as crenças, as atitudes e a motivação (Centro de Investigação em Atividade Física e Lazer, 2006). Em relação ao género dos participantes, verificou-se que os homens são mais ativos que as mulheres. Relativamente à idade, quanto mais novos, melhor é o seu desempenho da atividade física. Os participantes que detêm maior nível de escolaridade, também são mais ativos do que os que têm menos habilitações académicas. Del Duca, Silva e Thumé (2012,) mostraram que pessoas idosas com idade avançada, que viviam sem companheiro (solteiros, separados e viúvos), não possuíam escolaridade formal e apresentavam incapacidade funcional para atividades básicas da vida diária, apresentavam maior probabilidade de institucionalização. Os mesmos autores, observaram ainda uma tendência inversa entre a ocorrência de institucionalização da pessoa idosa e o nível de atividade física, em que os sujeitos pouco ativos e inativos apresentavam maiores probabilidades de institucionalização.

Observou-se, ainda, que as atividades promovidas pelas ERPI, tanto no interior como no exterior, contemplam pouca atividade física. As instituições de apoio à terceira idade, na sua maioria, não oferecem atividades suficientes, para suprimir as necessidades diárias, tendo as pessoas idosas uma vida monótona (Freitas & Scheicher, 2010). Essa ausência é mais evidente, segundo os relatos obtidos durante as entrevistas, no meio rural, onde existe uma menor variedade de atividades e recursos disponíveis.

Numa outra vertente do estudo, analisou-se a perspetiva dos profissionais relativamente à mobilidade pedonal e comportamento de saúde dos seus utentes. Através da análise dos relatos dos profissionais observou-se que estes são, em grande parte, coincidentes com os revelados pelos utentes das instituições, tanto no meio rural como no urbano. Em ambos os meios, os profissionais referiram que os utentes saem para o exterior sempre que manifestem esse interesse, desde que tenham condições para o fazer sozinhos. No meio rural, relataram que os utentes saem diariamente ou algumas vezes e, no meio urbano, que os utentes se ausentam diariamente e semanalmente. Contudo, observou-se que apenas os profissionais da L2, situada no meio rural, salientaram que existem poucos serviços disponíveis nas suas imediações. Em relação aos serviços onde se dirigem os utentes quando se ausentam, mais uma vez, as respostas dos profissionais vão de encontro ao que foi relatado pelos participantes, nos dois meios. Assim, no meio rural os utentes andam pelas redondezas, vão até ao jardim, ao mercado, à igreja, ao café ou fazer uma caminhada. No meio urbano, vão às compras, ao

café, ao supermercado, à farmácia, ao banco, a consultas médicas ou simplesmente passear. Na opinião dos profissionais, a acessibilidade aos serviços pode ser um entrave para a mobilidade pedonal dos utentes das instituições, nos dois meios, pois existem algumas barreiras identificadas ao nível dos atravessamentos, pavimento e ausência de passeios. O elevado tráfego automóvel, com velocidade, por vezes excessiva, assim como, o estacionamento abusivo são outras dificuldades evidenciado pelos profissionais do meio urbano. Vai de encontro ao preconizado por Clarke, Ailshire e Lantz (2009) barreiras como calçadas irregulares ou descontínuas, trânsito intenso, dificulta o acesso a transportes públicos, a comércio e serviços de saúde, são características que dificultam a mobilidade e influenciam a capacidade de pessoa idosas se manterem independentes.

Observou-se que todos os profissionais são unânimes ao referir que os utentes são incentivados a usufruir do contexto envolvente das instituições e que as mesmas promovem a sua mobilidade, através da organização de atividades e passeios. Quanto à promoção de atividade física sistemática, observou-se que a maioria dos profissionais referiu a mesma é incentivada pelas instituições, através da contratação de técnicos especializados, como fisioterapeutas e professores de gerontomotricidade, pelo menos duas vezes semana. Observou-se, assim, que a atividade física programada disponibilizada pelas instituições, tanto no meio rural como no urbano, poderá não ser o suficiente tendo em conta o que está recomendado pela DGS (2017) e por alguns estudos (Fernandes, Pereira, Ramalho & Oliveira, 2009; Matsudo *et al.*, 2001) para a população mais velha. Recomenda-se pelo menos 30 minutos de atividade física moderada, como por exemplo a caminhada, pelo menos cinco dias por semana. Para as atividades promovidas pelas instituições, tanto no interior como no exterior, observou-se que as respostas dadas pelos profissionais são, igualmente, coincidentes com as dadas pelos respetivos utentes, nos dois meios. Observou-se, ainda, que existem algumas dificuldades sentidas pelos profissionais no desenvolvimento das atividades. No meio rural, a pouca adesão dos utentes e a existência de poucos recursos, quer materiais, quer financeiros para a realização de atividades, pois as direções das instituições estão pouco despertas para este tipo de necessidades dos utentes. No meio urbano, a maior dificuldade identificada pelos profissionais é a falta de motivação dos utentes, que se vão acomodando e deixando de participar nas atividades. Segundo o Centro de Investigação em Actividade Física e Lazer (2006), os impedimentos para a não realização de atividade física incluem a falta de tempo percebida, a falta de motivação e preocupações com a segurança.

Este estudo de caso não se trata de um estudo perfeito, logo apresenta limitações. Uma das limitações diz respeito ao tamanho da amostra e o facto de o número de participantes não estar distribuído de forma equitativa pelo meio rural e meio urbano. Foram realizados todos os esforços para que isso não acontecesse, contudo, o número de equipamentos existentes e, conseqüentemente de utentes residentes em ERPI no meio rural, é bastante inferior ao disponível no meio urbano. Porém, o facto de comparar, no mesmo concelho, duas áreas diferentes foi uma mais valia pois permitiu ter uma visão mais aprofundada da realidade.

Outra limitação diz respeito ao contexto em que o estudo foi desenvolvido e que condiciona possíveis generalizações, pois trata-se de um único concelho, que tal como outros tem as suas especificidades. Porém, o facto de este estudo comparar, o meio rural com o meio urbano é tido como uma mais-valia,

pois existem poucos estudos que o fazem, nomeadamente Centro de Investigação em Atividade Física e Lazer (2006), Gameiro, Rosa, Rodrigues e Alves (2016), Ramos (2003) e Tolley (2003) que apenas estudam o meio urbano e o meio rural, que apenas apresenta um estudo por Dias, Clemente, Rocha e Martins (2014). No entanto, este estudo permitiu perceber a dinâmica entre a vida de pessoas idosas institucionalizadas e o ambiente construído envolvente das ERPI onde estes residem.

## **6. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As conclusões retiradas deste estudo, apesar de espelharem apenas um pequeno contexto, podem fornecer contributos para todos os profissionais que trabalham neste tipo de equipamentos assim como aos decisores políticos, pois permitem perceber a dinâmica das ERPI e das pessoas idosas institucionalizadas, tanto no meio rural como no meio urbano. Estas conclusões permitem que os profissionais reflitam sobre a perceção que os idosos têm acerca do contexto envolvente das instituições e da sua própria mobilidade pedonal. Também, os decisores políticos devem pensar antes de construir este tipo de instituições, de forma a oferecer aos seus utentes aquilo que necessitam para manter a qualidade de vida e uma vida o mais autónoma possível, tal como se manterem participantes ativos na sociedade.

No desenho de espaços amigos da população idosa por parte do poder local, a perspetiva da população idosa institucionalizada não deve ser excluída, já que esta população, não só tem direito a usufruir desses espaços (serviços, atividades, espaços públicos), como também tira partido dos mesmos, questões fundamentais para fazer face ao desafio inerente ao fenómeno do envelhecimento demográfico.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ainsworth, B., Haskell, W., Whitt, M., Irwin, M., Swartz, A., Strath, S., ... Leon, A. (2000). Compendium of physical activities: An update of activity codes and MET intensities. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 32(9 Suppl.), S498-S516.
- Almeida, M., & Ribeiro, J. (2014). Adaptação do Habitual Physical Activity Questionnaire (Baecke), versão modificada, para a população portuguesa. *Rev. Enf. Ref.*, 27–36. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-02832014000300004](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832014000300004)
- Araújo, I., Paul, C., & Martins, M. (2009). Cuidar de idosos dependentes no domicílio: desabafos de quem cuida Ciência. *Cuidado e Saúde*, 8(2), 191-197.) DOI: 10.4025/ciencuccuidsaude.v8i2.8198.
- Araújo, L. (2011). Exercite o seu corpo. In *Manual de Envelhecimento Activo*. Lisboa: Lidel.
- Arem, H., Moore, S., Patel, A., Hartge, P., Berrington de Gonzalez, A., Visvanathan, K....Matthews, C. (2015) Leisure time physical activity and mortality: a detailed pooled analysis of the dose-response relationship. *JAMA Intern Med.* 175 (6), 959-67. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.0533>
- Baecke, J., Burema, J., & Frijters, J. (1982). A short questionnaire for the measurement of habitual physical activity in epidemiological studies. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 36 (5), 936-942. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/ajcn/36.5.936>
- Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barnes, D., Yaffe, K. (2011) The projected effect of risk factor reduction on Alzheimer's disease prevalence. *Lancet Neurol*; 10 (9), 819-28.
- Bárrios, M. & Fernandes, A. (2014). A promoção do envelhecimento ativo ao nível local: análise de programas de intervenção autárquica. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 32(2), 188–196. Disponível em: <http://doi.org/10.1016/j.rpsp.2014.09.002>.
- Bauman, A., Bull, F., Chey, T., Craig, C., Ainsworth, B., Sallis, J., ... & Pratt, M. (2009). The international prevalence study on physical activity: results from 20 countries. *International journal of behavioral nutrition and physical activity*, 6(1), 21.
- Brouwer, B., Walker, C., Rydahl, S. & Culham, E. (2003) Reducing fear of falling in seniors through education and activity programs: a randomized trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51 (6), 829-834. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12757571>.
- Brownson, R., Hoehner, C., Day, K., Forsyth, A., & Sallis, J. (2009). Measuring the Built Environment for Physical Activity. *American Journal of Preventive Medicine*, 36(4), S99–S123.e12. Disponível em: <http://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.01.005>
- Buchman, A., Boyle, P., Yu, L. & Shah, R. (2012). Total daily physical activity and the risk of AD and cognitive decline in older adults. *Neurology*, 78 (17), 1323–1329. Disponível em: <http://doi.org/10.1212/WNL.0b013e3182535d35>

- Burton, E. & Mitchell, L. (2006). *Inclusive Urban Design: Streets For Life*. Great Britain: Architectural Press.
- Burton, E., Mitchell, L. & Stride, C. (2011). Good places for ageing in place: development of objective built environment measures for investigating links with older people's wellbeing. *Bmc Public Health*, 11.
- CML. (2011). *Diagnóstico Social do Concelho de Leiria*. Câmara Municipal de Leiria. Retrieved from [http://www.cm-leiria.pt/uploads/writer\\_file/document/1353/DIAGN\\_STICO\\_SOCIAL\\_2011\\_atualizado\\_em\\_19-03-2012.pdf](http://www.cm-leiria.pt/uploads/writer_file/document/1353/DIAGN_STICO_SOCIAL_2011_atualizado_em_19-03-2012.pdf)
- Carstens, D. (1993). *Site planning and design for the elderly: Issues guidelines and alternatives*. New York: Van Nostrand Reinhold Company.
- Carvalho, J., & Mota, J. (2012). O Exercício e o Envelhecimento. In *Manual de Gerontologia* (pp. 71–72). Lisboa: Lidel.
- Carvalho, J., & Mota, J. (2013). O Exercício e o Envelhecimento. In *Manual de Gerontologia* (pp. 71–91). Lisboa: Lidel.
- Centro de Investigação em Actividade Física e Lazer. (2006). Promoção da atividade física e da vida activa em ambientes urbanos. *Centro de Investigação Em Actividade Física E Lazer*.
- Cervero, R. (2003). The Built Environment and Travel: Evidence from the United States. *European Journal of Transport and Infrastructure Research*, 3 (2), 119–137.
- Clarke, P., Ailshire, J., & Lantz, P. (2009). Urban built environments and trajectories of mobility disability: findings from a national sample of community-dwelling American adults (1986-2001). *Social science & medicine* (1982), 69(6), 964-70.
- Day, R. (2008). Local environments and older people's health: Dimensions from a comparative qualitative study in Scotland. *Health & Place*, 14 (2), 299–312. Disponível em: <http://doi.org/10.1016/j.healthplace.2007.07.001>
- Decreto-Lei n.º 163/2006, de 8 de Agosto
- Del Duca, G., Silva, S., Thumé, E. & Santos, I. (2012). Indicadores da institucionalização de idosos: estudo de casos e controlos. *Revista de Saúde Pública*, 46 (1), 147-53. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012000100018>.
- DGOTDU. (2002). *Normas para a programação e caracterização de equipamentos colectivos*. Lisboa: Direção-Geral do Ordenamento do Território e Desenvolvimento Urbano.
- DGS. (2006). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Direção Geral de Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-saude-das-pessoas-idosas.aspx>
- DGS. (2017) Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física.



- Direção-Geral da Segurança Social. (2018). *Proteção Social das Pessoas Idosas*.
- Dias, G., Clemente, F., Rocha, R. & Martins, F. (2014). Estudo dos níveis de atividade física de uma população rural portuguesa. *Gymnasium - Revista de Educação Física, Desporto e Saúde*, 5 (7), 59-86. Disponível em: <http://revistas.ulusofona.pt/index.php/gymnasium/article/view/4401>
- Diez Roux, A. (2007). Neighborhoods and health: where are we and where do we go from here?. *Revue d'épidémiologie et de sante publique*, 55(1), 13-21. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1906739/>
- Ding, D., Lawson, K., Kolbe-Alexander, T. & Finkelstein, E. (2016) The economic burden of physical inactivity: a global analysis of major non-communicable diseases. *The Lancet*, 388(10051), 1311–24. doi: 10.1016/S0140-6736(16)30383-X.
- Dobner, S., Musterd, S., & Droogleeve Fortuijn, J. (2014). “Ageing in place”: experiences of older adults in Amsterdam and Portland. *GeoJournal*, (Wiles 2005). Disponível em: <http://doi.org/10.1007/s10708-014-9613-3>
- DPO (2015). Revisão do PDM: II Enquadramento territorial do concelho; Departamento de Planeamento, ordenamento e estratégia territorial; Município de Leiria. Disponível em: <https://www.cm-leiria.pt/uploads/document/file/1555/38035.pdf>
- Driessnack, M., Sousa, V., & Mendes, I. (2007). Revisão Dos Desenhos De Pesquisa Relevantes Para Enfermagem : Parte 3 : Métodos Mistos e Múltiplos. *Rev Latino-Am Enfermagem*, 15(3), 3–6.
- Dumith, S.; Hallal, P.; Reis, R. & Kohl, H. (2011). Worldwide prevalence of physical inactivity and its association with human development index in 76 countries. *Preventive Medicine*. 53(1-2), 24-28.
- European Commission. (2015). *The 2015 Ageing Report*. Brussels.
- European Commission. (2014). Sport and physical activity. (Special Eurobarometer 412). Disponível em: [http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/archives/ebs/ebs\\_412\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/archives/ebs/ebs_412_en.pdf).
- Eurostat. (2018). Estrutura populacional e envelhecimento. Disponível em: [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population\\_structure\\_and\\_ageing/pt](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing/pt)
- Eyler, A., Brownson, R., Bacak, S. & Housemann, R. (2003). The epidemiology of walking for physical activity in the United States. *Med Sci Sports Exerc*. 35(9), 1529-1536.
- Fernandes, H., Pereira, E., Ramalho, J., & Oliveira, S. (2009). A influência da actividade física na saúde mental positiva de idosos. *Motricidade*, 5(1), 33–50. Disponível em: [http://doi.org/10.6063/motricidade.5\(1\).186](http://doi.org/10.6063/motricidade.5(1).186)
- Florindo, A., Hallal, P., Moura, E., & Malta, D. (2009). Prática de atividades físicas e fatores associados em adultos. *Revista de Saúde Pública*, 43(2), 65–73. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/S0034-89102009000900009>

- Fortin, M. (2009). As abordagens quantitativa e qualitativa. In *Fundamentos e etapas do processo de Investigação* (p. 32). Loures: Lusodidacta.
- Freitas, M., & Scheicher, M. (2010). Qualidade de vida de idosos institucionalizados. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, 13(3), 395–401. Disponível em: <http://doi.org/10.5335/rbceh.2010.032>
- Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2013). *Processos de Envelhecimento em Portugal*. Lisboa. Disponível em: [https://www.ffms.pt/upload/docs/estudo-processos-de-envelhecimento-em-portugal\\_VFvgzyl1EkaGichpumKF8w.pdf](https://www.ffms.pt/upload/docs/estudo-processos-de-envelhecimento-em-portugal_VFvgzyl1EkaGichpumKF8w.pdf)
- Gameiro, C., Rosa, M., Rodrigues, J. & Alves, R. (2016) Indicadores de relação entre ambiente construído e padrões de mobilidade dos residentes na cidade de Faro. Paper session presented at the *Proceedings of the International Congress on Interdisciplinarity in Social and Human Sciences*, Universidade do Algarve, Faro, Portugal.
- García F., Caprara, M., & Fernández Ballesteros, R. (2004). Vivir con vitalidad-M: un programa europeo multimedia. *Intervención Psicosocial: Revista Sobre Igualdad Y Calidad de Vida*, 13, 63–84; 63.
- Gebel, K., Bauman, A., & Petticrew, M. (2007). The Physical Environment and Physical Activity. *American Journal of Preventive Medicine*, 32(5), 361–369.e3. Disponível em: <http://doi.org/10.1016/j.amepre.2007.01.020>
- GEP. (2016). Carta Social. Disponível em: <http://www.cartasocial.pt/#>, March 28, 2016.
- Giehl, M., Schneider, I., Corseuil, H., Benedetti, T., & d'Orsi, E. (2012). Atividade física e percepção do ambiente em idosos: estudo populacional em Florianópolis. *Revista de Saúde Pública*, 46, 516-525.
- Giles-Corti, B., & Donovan, R. (2002). The relative influence of individual, social and physical environment determinants of physical activity. *Social Science & Medicine*, 54(12), 1793–1812. Disponível em: [http://doi.org/10.1016/s0277-9536\(01\)00150-2](http://doi.org/10.1016/s0277-9536(01)00150-2)
- Global Observatory for Physical Activity. (2016) 1St Physical activity almanac. International Society for Physical Activity and Public Health.
- Guthold, R.; Ono, T.; Strong, K. & Chatterji, S. (2008). Worldwide variability in physical inactivity - A 51-country survey. *Am J Prev Med.*, 34(6), 486-494.
- Hallal, P.; Andersen, L.; Bull, F. & Guthold, R. (2012). Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. *The Lancet.*, 380(9838), 247-257.
- Handy, S. (1996). Methodologies for Exploring the Link between Urban Form and Travel Behavior. *Transportation Research Part D*, 1 (2), 151–165.
- Handy, S., Cao, X., & Mokhtarian, P. (2005). Correlation or Causality between the Built Environment and Travel Behavior? Evidence from Northern California. *Transportation Research Part D*, 10, 427–444.

- Henry, C., Webster-Gandy, J. & Varakamin, C. (2001). A comparison of physical activity levels in two contrasting elderly populations in Thailand. *American Journal of Human Biology*, 13, p. 310. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11460896>.
- Hino, A., Reis, R. & Florindo, A. (2010). Ambiente construído e atividade física: uma breve revisão dos métodos de avaliação. *Revista Brasileira de Cineantropometria E Desempenho Humano*, 12(5), 387–394. Disponível em: <http://doi.org/10.5007/1980-0037.2010v12n5p387>
- Howden-Chapman, P., Crane, J., & Signal, L. (1999). Housing and health in older people: ageing in place. *Social Policy Journal of New Zealand*, 13, 14–30. Disponível em: <http://www.healthyhousing.org.nz/wp-content/uploads/2010/01/Housing-and-health-in-older-people-aging-in-place.pdf>
- INE (2011) Divisão administrativa. Disponível em: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_cont\\_inst&INST=6251013&xlang=pt](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_cont_inst&INST=6251013&xlang=pt)
- INE. (2017). Projeções de população residente em Portugal. Instituto Nacional de Estatística. Disponível em: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaquas&DESTAQUESdest\\_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt)
- INE. (2018). Tábuas de Mortalidade para Portugal. Instituto Nacional de Estatística. Disponível em: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaquas&DESTAQUESdest\\_boui=316113801&DESTAQUESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=316113801&DESTAQUESmodo=2)
- International Sport and Culture Association (ISCA) & Centre for Economics and Business Research (Cebr). (2015). The economic cost of physical inactivity in Europe: an ISCA / Cebr report. Centre for Economics and Business Research.
- Kawachi, I. & Subramanian, S. (2007). Neighbourhood influences on health. *J Epidemiol Community Health*. 61(1), 3-4.
- Krug, R., Marchesan, M., Conceição, J., Mazo, G., Antunes, G., & Romitti, J. (2011). Contribuições da Caminhada como Atividade Física de Lazer para Idosos, *Licere*, 14(4), 1–29. Disponível em: <https://seer.ufmg.br/index.php/licere/article/view/475>
- Lee, I., Shiroma, E., Lobelo, F. & Puska, P. (2012) Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *The Lancet*, 380 (9838), 219-29. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61031-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61031-9)
- Lopes, C., Torres, D., Oliveira, A., Severo, M., Alarcão, V., Guiomar, S., ... Ramos, E. (2017). Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física, IAN-AF 2015-2016: Relatório de resultados. Universidade do Porto. ISBN: 978-989-746-181-1. Disponível em: [www.ian-af.up.pt](http://www.ian-af.up.pt).
- Macintyre, S., Ellaway, A. & Cummins, S. (2002). Place effects on health: how can we conceptualise, operationalise and measure them? *Social Science & Medicine*. 55(1); 125-139.
- Matsudo, S. M., Matsudo, V. R., & Barros Neto, T. L. (2001). Atividade física e envelhecimento :

- aspectos epidemiológicos. *Revista Brasileira de Medicina Do Esporte*, 7(1), 2–13. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/S1517-86922001000100002>
- Meereis, E., Favretto, C., Souza, J., Gonçalves, M. & Mota, C. (2013) Influência da hidrocinesioterapia no equilíbrio postural de idosas institucionalizadas. *Rev Educ Fis*.19 (2): 269-77. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/motriz/v19n2/04.pdf>
- Ministry of Social Development New Zealand. (2014). Positive Ageing. Disponível a January 26, 2016, em: <https://www.msd.govt.nz/what-we-can-do/seniorcitizens/positive-ageing/strategy/index.html>
- OMS (2009). Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas. *Organização Mundial de Saúde*. Disponível em: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789899556867\\_por.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789899556867_por.pdf)
- OMS (2015). *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. *Organização Mundial de Saúde*. Genebra. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186468/6/WHO\\_FWC\\_ALC\\_15.01\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186468/6/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf)
- PANAF (2018). Portal do Plano Ação Nacional para a Atividade Física. Disponível em: <http://www.panaf.gov.pt/categorias-iniciativas/ambiente-construido-e-mobilidade-ativa/>
- Paúl, C. (2005). Envelhecimento activo e redes de suporte social. *Sociologia*, 15, 275–287.
- Paúl, C., & Ribeiro, O. (2012). Envelhecimento Activo. In *Manual de Envelhecimento Activo* (pp. 1–12). Lisboa: Lidel.
- Piueзам, G., Lima, K., Carvalho, M. & Xavier, V. (2016). Atenção primária à saúde e os idosos institucionalizados: a perspetiva da gestão municipal no Brasil. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34 (1), 92-100. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2015.05.003>
- Portaria n.º 67/2012 Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. Diário da República 1.ª série-N.º 58 (2012). Disponível em: <https://data.dre.pt/eli/port/67/2012/03/21/p/dre/pt/html>
- Rabacow, F., Gomes, M., Marques, P., & Benedetti, T. (2006). Questionários de medidas de atividade física em idosos. *Revista Brasileira de Cineantropometria E Desempenho Humano*, 8(4), 99–106.
- Ramos, L. (2003). Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad Saúde Pública*; 19(3); 793-798. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300011>.
- Ribeiro, J., Mamed, S., Souza, M. & Rosso, C. (2015). Acessibilidade aos serviços de saúde na Atenção Básica do Estado de Goiás. *Revista eletrônica de enfermagem*. 17(3). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i3.29436>
- Rocha, M., Vieira, M. & Sena, R. (2008). Desvelando o cotidiano dos cuidadores informais de idosos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(6), 801–808.
- Sallis, J. (2009). Measuring Physical Activity Environments. *American Journal of Preventive Medicine*, 36(4), S86–S92. Disponível em: <http://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.01.002>.

- Salvador, E., Florindo, A., Reis, R., & Costa, E. (2009). Percepção do ambiente e prática de atividade física no lazer entre idosos. *Revista de Saúde Pública*, 43(6), 972-980. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009005000082>
- Santinha, G., Brandão, M., Serra, A. & Martins, L. (2017). Políticas públicas de mobilidade em sociedades em envelhecimento: indicadores de sustentabilidade da mobilidade pedonal nas cidades. In *Indicadores de Desenvolvimento Sustentável: Instrumentos Estratégicos para Municípios Sustentáveis – o Caso de Estarreja*. (pp. 326-341).
- Santinha, G., & Marques, S. (2015). Ambiente construído, saúde pública e políticas públicas: uma discussão à luz de percepções e experiências de idosos institucionalizados. *Saúde E Sociedade*, 24(3), 1047–1060. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/S0104-12902015135520>
- Santinha, G., & Marques, S. (2013). Repensando o fenômeno do envelhecimento na agenda política das cidades: a importância da promoção da mobilidade de pedestres. *Revista Brasileira de Geriatria E Gerontologia*, 16(2), 393–400. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/S1809-98232013000200019>
- Sixsmith, A., & Sixsmith, J. (2008). Ageing in Place in the United Kingdom. *Ageing International*, 32(3), 219–235. Disponível em: <http://doi.org/10.1007/s12126-008-9019-y>
- Sugiyama T, Ward Thompson C. (2007). Older people's health, outdoor activity and supportiveness of neighbourhood environments. *Landscape and Urban Planning*. 83(2), 168-175.
- Sun, F., Norman, I. & While, A. (2013). Physical activity in older people: a systematic review. *BMC Public Health*, 13(1), 449. Disponível em: <http://doi.org/10.1186/1471-2458-13-449>
- Tolley, R. (2003). *Sustainable Transport: planning for walking and cycling in urban environments*. England: Woodhead Publishing.
- United Nations. (2013). *World Population Ageing 2013*. United Nations. New York. Disponível em: <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2013.pdf>
- Vale, D., Alves, R., Bento, R., Rosa, M. & Pereira, M. (2015). *Ambiente construídos e mobilidade em cidades de média dimensão*. Comunicação apresentada no X Congresso da Geografia Portuguesa: Os valores da geografia, Lisboa. Disponível em [https://www.researchgate.net/publication/281743304\\_Ambiente\\_construido\\_e\\_mobilidade\\_em\\_cidades\\_de\\_media\\_dimensao?enrichId=rgreq-abb8373a7fbfee1b014ef278f338c5ab-XXX&enrichSource=Y292ZXJQYWdlOzI4MTc0MzMwNDtBUzoyNzM1NDkzMjg5NDkyNzBAMTQ0MjIzMDY1NDI2Mw%3D%3D&el=1\\_x\\_2&\\_esc=publicationCoverPdf](https://www.researchgate.net/publication/281743304_Ambiente_construido_e_mobilidade_em_cidades_de_media_dimensao?enrichId=rgreq-abb8373a7fbfee1b014ef278f338c5ab-XXX&enrichSource=Y292ZXJQYWdlOzI4MTc0MzMwNDtBUzoyNzM1NDkzMjg5NDkyNzBAMTQ0MjIzMDY1NDI2Mw%3D%3D&el=1_x_2&_esc=publicationCoverPdf)
- Veras, R. (2009). Envelhecimento Populacional Contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Pública*, 43(3), 548-554. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003489102009000300020&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003489102009000300020&script=sci_abstract&tlng=pt)
- Wen, C., Wai, J., Tsai, M., Yang, Y., Cheng, T., Lee, M., ... Wu, X. (2011). Minimum amount of physical activity for reduced mortality and extended life expectancy: a prospective cohort study.

*The Lancet*, 378(9798), 1244–1253. Disponível em: [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60749-6](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60749-6)

WHO (2008). *Global Age-friendly Cities: A Guide*. Geneva: World Health Organization.

WHO (2002). *Active Ageing: A Policy Framework*. World Health Organization.

Yen, I., Fandel Flood, J., Thompson, H. & Anderson, L. (2014). How design of places promotes or inhibits mobility of older adults: realist synthesis of 20 years of research. *Journal of aging and health*, 26(8), 1340-1372.

Yen, I. & Anderson, L. (2012). Built environment and mobility of older adults: Important policy and practice efforts. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(5), 951–956. Disponível em: <http://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2012.03949.x>

Yen, I., Michael, Y. & Perdue, L. (2009). Neighborhood environment in studies of health of older adults: a systematic review. *Am J Prev Med.*, 37(5), 455-463.

## **Apêndices**

## Caracterização Geral Utentes

Data de aplicação: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

ID \_\_\_\_

### Dados Sociodemográficos

1. Género:
  - 1.1. Feminino ☐
  - 1.2. Masculino ☐
2. Data de nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
3. Idade: \_\_\_\_
4. Naturalidade: \_\_\_\_\_
5. Local de residência (freguesia): \_\_\_\_\_
6. Estado civil:
  - 6.1. Solteiro (a) ☐
  - 6.2. Casado (a)/União de facto ☐
  - 6.3. Viúvo (a) ☐
  - 6.4. Divorciado (a)/Separado (a) ☐
7. Escolaridade:
  - 7.1. Não tem qualquer escolaridade ☐
  - 7.2. ≤ 4 anos ☐
  - 7.3. Entre 5 a 11 anos ☐
  - 7.4. ≥ 12 anos ☐
8. Atividade profissional desempenhada: \_\_\_\_\_
9. Familiares/Amigos próximos: \_\_\_\_\_

### Dados sobre Cuidados de Saúde

1. É fumador (a)?
  - 1.1. Sim ☐
  - 1.2. Não ☐
  - 1.3. Se sim, quantos cigarros (em média) por dia?
2. Bebe bebidas alcoólicas?
  - 2.1. Sim ☐
  - 2.2. Não ☐
  - 2.3. Se sim, especifique.
3. Tem cuidados com a alimentação?
  - 3.1. Sim ☐
  - 3.2. Não ☐
  - 3.3. Se sim, quais?
4. Sofre atualmente de alguma **doença** que o obriga a cuidados médicos regulares (tratamentos, análises, consultas, etc.)?
  - 4.1. Sim ☐
  - 4.2. Não ☐
  - 4.3. Se sim, especifique: \_\_\_\_\_
5. Toma habitualmente medicamentos?



5.1. Sim ☐

5.2. Não ☐

5.3. Se sim, quantos medicamentos diferentes toma por dia? \_\_\_\_\_

## Institucionalização

### A escolha de instituição

1. Já conhecia esta freguesia?

1. Sim ☐

2. Não ☐

2. Por que motivo veio para esta instituição?

1. Viuvez ☐

2. Idade avançada ☐

3. Viver sozinho ☐

4. Outro (especifique): \_\_\_\_\_

3. Quem participou nessa decisão?

1. Próprio ☐

2. Cônjuge ☐

3. Descendentes ☐

4. Outro (especifique): \_\_\_\_\_

4. A localização da instituição teve alguma influência na sua escolha?

1. Sim ☐

2. Não ☐

3. Se sim, porquê?

5. Já conhecia alguém da instituição?

1. Sim ☐

2. Não ☐

3. Se sim, utente ou profissional?

### A vida na instituição

1. Há quanto tempo está na instituição?

1.1. <1 ano ☐

1.2. ≥1 ano ☐

1.3. >3 anos ☐

2. A adaptação foi fácil?

2.1. Sim ☐

2.2. Não ☐

2.3. Se não, o que foi mais difícil para si?

3. Consegue manter na instituição a rotina diária que tinha anteriormente?

3.1. Sim ☐

3.2. Não ☐

4. Qual foi a alteração mais significativa com a entrada na instituição?

5. Existe alguma coisa que gostaria de manter?

6. Do que sente mais falta?

7. A sua família ou amigos costumam visitá-la(o)?

7.1. Sim ☐

7.2. Não ☐

7.3. Se sim, com que frequência?

7.4. Costumam acompanhá-lo nos passeios?

7.4.1. Onde costumam ir?

## Sair da instituição

1. Deslocar-se sozinha(o) para fora da instituição?
  - 1.1. Sim ☐
  - 1.2. Não ☐
  - 1.3. Se sim, tem de ir acompanhado de algum profissional?
  - 1.4. Precisa de pedir autorização prévia?
    - 1.4.1. Sim ☐
    - 1.4.2. Não ☐
  - 1.5. Com que frequência se ausenta?
  - 1.6. Quando se ausenta, fá-lo com alguma finalidade/motivo?
2. Há por parte da instituição alguma restrição para as saídas durante o dia?
  - 2.1. Sim ☐
  - 2.2. Não ☐
  - 2.3. Se sim, porquê?
3. Os profissionais mostram-se simpáticos e disponíveis?
  - 3.1. Sim ☐
  - 3.2. Não ☐
4. A instituição promove a mobilidade dos seus utentes, encorajando a sua deslocação para o contexto envolvente?
  - 4.1. Sim ☐
  - 4.2. Não ☐
5. Tem acesso a informação sobre iniciativas no exterior da instituição?
  - 5.1. Sim ☐
  - 5.2. Não ☐
  - 5.3. Se sim, quais?

## Atividades propostas na instituição

1. Ao elaborar o plano de atividades, os profissionais têm em conta a sua opinião?
  - 1.1. Sim ☐
  - 1.2. Não ☐
2. Costuma participar nas atividades propostas pela instituição?
  - 2.1. Sim ☐
  - 2.2. Não ☐
  - 2.3. Se sim, quais?
    - 2.3.1. Com que frequência?
  - 2.4. Se não, porquê?
3. Quais as atividades em que gostaria de participar?
  - 3.1. Se gosta, porque não as realiza?
4. Quais as atividades que realizava antes da sua entrada na instituição?
  - 4.1. Continua a realizá-las?
    - 4.1.1. Sim ☐
    - 4.1.2. Não ☐
    - 4.1.3. Se não, porquê?
5. Quais as novas atividades que realiza depois da entrada na instituição?
6. Costuma participar nas atividades propostas pela instituição, no exterior?
  - 6.1. Sim ☐
  - 6.2. Não ☐
  - 6.3. Se sim, quais?
    - 6.3.1. Com que frequência?

6.4. Se não participa, porquê?

## Perceção do contexto envolvente

1. Conhece os serviços, equipamentos, espaços públicos que estão disponíveis à volta da instituição?
  - 1.1. Sim ☐
  - 1.2. Não ☐
  - 1.3. Costuma frequentá-los?
    - 1.3.1. Sim ☐
    - 1.3.2. Não ☐
    - 1.3.3. Se sim, quais?
    - 1.3.4. Se não, porquê?
2. Que serviços, equipamentos, espaços públicos gostaria de ter junto da instituição?
3. Antes da entrada na instituição frequentava esses serviços?
  - 3.1. Sim ☐
  - 3.2. Não ☐
4. Qual o trajeto que costuma realizar até esses serviços?
  - 4.1. Escolhe esse trajeto por algum motivo em particular?
  - 4.2. Quanto tempo demora?
  - 4.3. Qual o meio de transporte utilizado?
  - 4.4. Sente-se seguro ao fazê-lo?
  - 4.5. O espaço está facilmente assinalado?
  - 4.6. Acontece perder-se?
5. Usa os transportes públicos disponíveis?
  - 5.1. Sim ☐
  - 5.2. Não ☐
  - 5.3. Se sim, com que frequência?
    - 5.3.1. Como obtém informação sobre horários?
    - 5.3.2. Sente alguma dificuldade para entrar ou sair do transporte?
  - 5.4. Se não usa, porquê?
6. Sente que os serviços ficam longe ou perto da instituição?
7. Se se deslocar a pé, sente necessidade de parar para descansar?
  - 7.1. Sim ☐
  - 7.2. Não ☐
  - 7.3. Se sim, existem locais para tal?
    - 7.3.1. Sim ☐
    - 7.3.2. Não ☐
    - 7.3.3. Quais?
8. Existe alguma coisa que o desmotiva a deslocar-se a pé?
9. Acha o espaço envolvente da instituição atrativo?
10. Quando se desloca pela rua como se sente tratado pela população? Sente que é respeitado?

## Caracterização Geral Profissionais

Data de aplicação: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

ID \_\_\_\_

### Caracterização demográfica

1. Género:
  - 1.1. Feminino ☐
  - 1.2. Masculino ☐
2. Data de nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
3. Idade: \_\_\_\_
4. Habilitações académicas: \_\_\_\_\_
5. Função: \_\_\_\_\_

### Caracterização instituição

1. A instituição (o regulamento da instituição) permite a saída (durante o dia) dos seus utentes, sempre que estes manifestem essa necessidade?
  - 1.1. Sim ☐
  - 1.2. Não ☐
2. Têm de manifestar essa intenção a alguém?
  - 2.1. Sim ☐
  - 2.2. Não ☐
  - 2.3. Se sim, a quem?
    - 2.3.1. Com que antecedência?
3. Poderão fazê-lo sozinhos?
  - 3.1. Sim ☐
  - 3.2. Não ☐
  - 3.3. Se não, terão de se fazer acompanhar por um profissional?
4. Tendo essa possibilidade, os utentes ausentam-se durante o dia da instituição?
  - 4.1. Sim ☐
  - 4.2. Não ☐
  - 4.3. Se sim, com que frequência?
    - 4.3.1. A que serviços se dirigem?
    - 4.3.2. Deslocam-se a pé ou através de um meio de transporte?
  - 4.4. Os que optam por não o fazer, a que motivo se deve, na sua opinião?
5. Em termos de acessibilidades, acha que os idosos têm dificuldade em aceder a esses serviços?
  - 5.1. Sim ☐
  - 5.2. Não ☐
  - 5.3. Se sim, porquê?
6. Os utentes da instituição são incentivados a usufruir do contexto envolvente?

- 6.1. Sim ☐ 6.2. Não ☐
- 6.3. Se sim, de que forma?
7. A instituição promove a mobilidade dos seus utentes, encorajando a sua deslocação para o contexto envolvente?
- 7.1. Sim ☐ 7.2. Não ☐
- 7.3. Se sim, de que forma?
8. A planificação das atividades promovidas pela instituição é discutida com os utentes?
- 8.1. Sim ☐ 8.2. Não ☐
- 8.3. Se não, porquê?
9. Quais são as atividades que a entidade promove?
- 9.1. No interior da instituição?
- 9.2. E no exterior?
- 9.2.1. Como se realiza o transporte para essas atividades?
10. Quais são as principais dificuldades sentidas pela instituição para o desenvolvimento das suas atividades?
11. Relativamente aos transportes públicos existentes, consegue esclarecer os utentes, caso estes queiram usufruir deste serviço?
- 11.1. Sim ☐ 11.2. Não ☐
12. Acha que a instituição incentiva os utentes a terem uma atividade física mais sistemática?
- 12.1. Sim ☐ 12.2. Não ☐
- 12.3. Se sim, de que forma?
13. Na sua opinião, no espaço envolvente da instituição existem ou não existem serviços, equipamentos, espaços públicos disponíveis que motivem a saída dos utentes?
14. Na sua opinião, como é a acessibilidade a esses locais?
15. Qual a postura da população, em geral, em relação às pessoas mais velhas? E em relação à instituição?

## Declaração de Consentimento

### Considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial

(Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996, Edimburgo 2000 e Seul 2008)

### **Ambiente construído, mobilidade e comportamento de saúde em estruturas residenciais para pessoas idosas**

Esta investigação tem como objetivo compreender em que medida o contexto envolvente das instituições de apoio à terceira idade tem influência na mobilidade e comportamento em saúde dos seus utentes. Está sob a orientação académica do Prof. Doutor Gonçalo Alves de Sousa Santinha ([g.santinha@ua.pt](mailto:g.santinha@ua.pt)) e coorientação da Prof.<sup>a</sup> Doutora Maria Piedade Moreira Brandão ([mpiedade@ua.pt](mailto:mpiedade@ua.pt)), da Universidade de Aveiro e será desenvolvida pela estudante do Mestrado em Gerontologia, Ana Sofia Pereira Serra ([asp Serra@ua.pt](mailto:asp Serra@ua.pt)), licenciada em Psicologia Social e das Organizações.

Eu, \_\_\_\_\_, abaixo-assinado, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos, os métodos, os benefícios previstos e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que me é prestada e garantido que todos os dados relativos à minha identificação são confidenciais e que será mantido o anonimato. Por isso, consinto que me seja aplicado o método e a entrevista propostos pelo investigador.

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura da autora do estudo: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## **Anexos**

## ANEXO 1 – Grelhas de Observação

Conectividade					
<i>Objetivo de política pública</i>	<i>Indicadores a considerar</i>	<i>Local 1 (L1)</i>	<i>Local 2 (L2)</i>	<i>Local 3 (L3)</i>	<i>Local 4 (L4)</i>
Promover uma rede de percursos contínuos, sem barreiras, capazes de assegurar uma boa ligação entre os principais polos de atração e à rede de transportes coletivos	Ausência interseções com a rede viária por percurso/distância				
	Existência de espaços intermodais				
	Existência de desenho urbano nas interseções que permita a continuidade do percurso				
	Ausência barreiras naturais/construídas (e.g. cursos de água, floresta, muros, 'becos')				
	Mobiliário urbano adequado com o acesso aos serviços/equipamentos				

*Fonte: Adaptado de Santinha et al. (2017).*

Conveniência					
<i>Objetivo de política pública</i>	<i>Indicadores a considerar</i>	<i>Local 1 (L1)</i>	<i>Local 2 (L2)</i>	<i>Local 3 (L3)</i>	<i>Local 4 (L4)</i>
Desenhar uma rede pedonal o mais direta possível, combinando os caminhos pedonais, os passeios, as vias mistas com tráfego moderado, as passeadeiras ou passagens subterrâneas, bem como as zonas pedonais	As orientações para a distância aos serviços/equipamentos são cumpridas:				
	Serviços básicos (até 400/500m)				
	Outros serviços (até 800/1000m)				
	Existem atravessamentos pedonais				
	Largura de passeios adequada às funções aí existentes				
	Pavimento de passeios adequado a pessoas com necessidades especiais				
	Existe uma adequada localização do mobiliário urbano				

*Fonte: Adaptado de Santinha et al. (2017).*

Conforto					
<i>Objetivo de política pública</i>	<i>Indicadores a considerar</i>	<i>Local 1 (L1)</i>	<i>Local 2 (L2)</i>	<i>Local 3 (L3)</i>	<i>Local 4 (L4)</i>
Assegurar uma deslocação plena	Existência de passeios				
	Passeios desobstruídos				



e agradável sem quaisquer restrições, proporcionando uma sensação de calma e acolhimento, num espaço livre de barreiras, pavimentos de elevada qualidade, desenho atraente, mobiliário dedicado ao descanso e abrigos	Existência de atravessamentos pedonais adequados a pessoas com necessidades especiais
	Existência de mobiliário urbano (e.g. bancos, caixotes de lixo, sombra)
	Vias de comunicação planas
	Velocidade permitida aos veículos motorizados adequada às funções aí existentes e ao fluxo de pessoas

Fonte: Adaptado de Santinha et al. (2017).

Legibilidade					
<i>Objetivo de política pública</i>	<i>Indicadores a considerar</i>	<i>Local 1 (L1)</i>	<i>Local 2 (L2)</i>	<i>Local 3 (L3)</i>	<i>Local 4 (L4)</i>
Garantir a existência de percursos facilmente perceptíveis, simples de encontrar e de seguir	Existência de elementos marcantes e diferenciadores (e.g. monumentos, praças, parques, igrejas)				
	Existência de sinalética				
	Sinalética adequada a pessoas com necessidades especiais				
	Iluminação adequada (em qualquer altura do dia)				
	Entrada dos edifícios principais, visível das vias de comunicação e dos passeios				

Fonte: Adaptado de Santinha et al. (2017).

Convivência					
<i>Objetivo de política pública</i>	<i>Indicadores a considerar</i>	<i>Local 1 (L1)</i>	<i>Local 2 (L2)</i>	<i>Local 3 (L3)</i>	<i>Local 4 (L4)</i>
Tirar partido da atratividade dos espaços, da variedade e da riqueza arquitetónica e cultural, e promover a interação social	Existência de pontos de interesse históricos/culturais				
	Existência de elementos naturais (e.g. espaços verdes, árvores)				
	Existência de fatores de atração (e.g. espaços recreativos, desportivos)				
	Espaços públicos limpos e seguros				
	Espaços públicos propícios ao fomento de relações sociais				

Fonte: Adaptado de Santinha et al. (2017).

---

## Questionário Atividade Física Habitual

### *Utentes*

---

Questionário validado para a população Portuguesa pelo Programa  
Doutoral em Psicologia da Faculdade de Psicologia e de Ciências da  
Educação da Universidade do Porto

#### **Explicação do questionário**

Muito obrigado por aceitar participar neste estudo. Este questionário faz parte de um projeto de mestrado em Gerontologia da Universidade de Aveiro.

Antes de mais, gostaríamos de lhe explicar os objetivos deste estudo e de que forma desejo que colabore. Assim, peço-lhe que responda a um conjunto de perguntas sobre a frequência e duração da atividade física habitual que executa, nos tempos livres, por semana e durante os meses do ano. Portanto, para cada questão deve assinalar, no respetivo espaço com um X. No caso das respostas a perguntas abertas, estas deverão conter toda a informação que considere útil e pertinente. Procure responder de forma sincera e clara a todas as perguntas colocadas.

É feita a todos os participantes as mesmas perguntas, e tudo aquilo que expressar é confidencial. Contudo, como é norma internacional, para que as informações sejam obtidas e guardadas, necessito da sua autorização por escrito, conforme Declaração de Helsínquia que lhe apresento.

## Questionário Atividade Física Habitual (Utentes)

Data de aplicação: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

ID \_\_\_\_\_

1. Pratica desporto ou exercício físico programado?

<b>Sim</b>		<b>Não</b>	
------------	--	------------	--

- 1.1. Se sim, qual o desporto que pratica mais frequentemente?

\_\_\_\_\_

- 1.1.1. Quantas horas por semana?

<b>&lt;1h</b>		<b>1-2h</b>		<b>2-3h</b>		<b>3-4h</b>		<b>&gt;4h</b>	
---------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	---------------	--

- 1.1.2. Quantos meses por ano?

<b>&lt;1</b>		<b>1-3</b>		<b>4-6</b>		<b>7-9</b>		<b>&gt;9</b>	
--------------	--	------------	--	------------	--	------------	--	--------------	--

- 1.2. Se pratica um segundo desporto. Qual o desporto que pratica?

\_\_\_\_\_

- 1.2.1. Quantas horas por semana?

<b>&lt;1h</b>		<b>1-2h</b>		<b>2-3h</b>		<b>3-4h</b>		<b>&gt;4h</b>	
---------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	---------------	--

- 1.2.2. Quantos meses por ano?

<b>&lt;1</b>		<b>1-3</b>		<b>4-6</b>		<b>7-9</b>		<b>&gt;9</b>	
--------------	--	------------	--	------------	--	------------	--	--------------	--

2. Em comparação com outras pessoas da sua idade, considera que a atividade física que realiza nos tempos livres é:

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente

3. Por dia, quantos minutos costuma andar a pé ou de bicicleta (para ir e vir do trabalho, da escola ou fazer compras)?

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente

4. Nos tempos livres, com que frequência costuma transpirar (devido às atividades que realiza)?

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente

5. Nos tempos livres, com que frequência costuma praticar desporto ou exercício programado?

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente

6. Nos tempos livres, com que frequência costuma ver televisão?

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente

7. Nos tempos livres, com que frequência costuma andar a pé?

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente

8. Nos tempos livres, com que frequência costuma andar de bicicleta?

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente

### ANEXO 3 – Pedido de autorização de utilização Questionário de Atividade Física Habitual

RE: Pedido autorização utilização Questionário de Atividade Física Habitual

Celeste Bastos <cbastos@esenf.pt>

dom 28-02-2016 20:05

Para: Ana Serra <asperra@ua.pt>

Bom noite, Ana.

Tem a minha autorização para utilizar o Questionário de Atividade Física Habitual, que resultou da adaptação do Habitual Physical Activity Questionnaire (Baecke), no meu trabalho de doutoramento.

Atentamente,

Celeste Bastos (PhD)  
Professora-Adjunta  
Email: [cbastos@esenf.pt](mailto:cbastos@esenf.pt)

Escola Superior de Enfermagem do Porto  
Rua Dr. António Bernardino de Almeida  
4200-072 Porto  
Email: [esenf@esenf.pt](mailto:esenf@esenf.pt)  
Telef: +351 22 507 35 00  
Fax: +351 22 509 43 37  
<http://portal.esenf.pt>

---

De: Ana Serra [mailto:asperra@ua.pt]  
Enviada: 26 de fevereiro de 2016 13:53  
Para: cbastos@esenf.pt; jlor@fpce.up.pt  
Assunto: Pedido autorização utilização Questionário de Atividade Física Habitual

Exmos Srs.,

Chamo-me Ana Sofia Serra e sou aluna do Mestrado em Gerontologia, da Universidade de Aveiro.

Encontro-me a realizar a minha dissertação de mestrado, que tem como tema "Ambiente construído, mobilidade e comportamento de saúde em estruturas residenciais para pessoas idosas" e cujo objetivo é explorar em que medida o ambiente construído envolvente das ERPI tem influência na mobilidade e comportamento em saúde dos seus utentes, tanto em meio urbano como rural.

Deste modo, venho por este meio pedir autorização para utilizar, no meu projeto de investigação, o Questionário de Atividade Física Habitual, adaptado para a população portuguesa, que surgiu da adaptação do Habitual Physical Activity Questionnaire (Baecke).

Esta escolha prende-se com o facto de ser um instrumento curto, de fácil utilização, uma vez que se

pretende aplicá-lo a pessoas idosas.

Mais se informa que esta investigação tem o parecer favorável do Conselho de Ética e Deontologia da Universidade de Aveiro (parecer n.º 34/2016).

Obrigada pela colaboração!

Atenciosamente,

Ana Sofia Serra



## CONSELHO DE ÉTICA

### Conselho de Ética e Deontologia

Parecer nº: 4/2016.

Requerente: Doutor Gonçalo Alves de Sousa Santinha.

Título do Projecto: “Ambiente construído, mobilidade e comportamento de saúde em estruturas residenciais para pessoas idosas.”

Orientador: Doutor Gonçalo Alves de Sousa Santinha (DCSPT-GOVCOOP).

Equipa de Investigação: Doutor Gonçalo Alves de Sousa Santinha (DCSPT-GOVCOOP), Doutora Maria Piedade Brandão (ESSUA).

Relator: Professor Doutor Jorge Carvalho Arroiteia.

Relatores Adjuntos: Doutora Paula Cristina M. S. Pereira, Dr. António Rocha Andrade, Doutor António J. A. Nogueira e Doutor Armando J. Formoso de Pinho.

#### I. Relatório

O processo encontra-se devidamente instruído contendo elementos essenciais relativos a:

- caracterização;
- equipa de investigação;
- bibliografia de referência;
- apresentação do estudo;
- apoio da Unidade de Investigação (GOVCOOP) na realização deste estudo;
- apêndices:
  - 1 – Folha de Respostas Entrevista Utentes;
  - 2 – Folha Respostas Entrevista Profissionais;
  - 3 – Questionário sobre a Atividade Física Atual (QAFA) Utentes;
  - 4 – Declaração de consentimento.

#### II. Parecer

##### A. Fundamentação:

1. A proposta relativa ao projecto apresenta-se fundamentada, no que respeita aos seus objectivos, metodologia de recolha e tratamento de dados. Inclui ainda a indicação das questões éticas associadas ao seu desenvolvimento e bibliografia.

2. A amostra está definida e os procedimentos a seguir, nomeadamente no que respeita às exigências científicas dos instrumentos de avaliação, procedimentos de medida e tratamento de resultados estão apresentados.

3. Os riscos associados ao desenvolvimento do Projecto estão considerados.

De acordo com acima referido a proposta respeita os princípios de ética neste tipo de investigação na medida em que:

1. O estudo salvaguarda o consentimento informado dos participantes, com pelo menos 18 anos de idade e anteriormente à recolha de dados;
2. O estudo salvaguarda a participação voluntária da participação;

## CONSELHO DE ÉTICA

3. O estudo é devidamente acompanhado pela equipa de investigação;
4. Os riscos associados à participação no estudo não são superiores aos riscos associados ao dia-a-dia do participante;
5. Os dados recolhidos no projecto são analisados pela equipa de investigação, mantendo-se confidenciais e anónimos, sob a responsabilidade da Coordenadora e do estudo;
6. Os dados são armazenados por um período de três anos e depois destruídos.

### B. Sugestões de aperfeiçoamento:

Tratando-se de um estudo a desenvolver no âmbito de uma Tese de Mestrado deseja-se que durante a investigação o orientador zele pelo rigoroso cumprimento dos princípios éticos que respeitam a natureza humana das pessoas envolvidas no estudo.

### C. Conclusão:

De acordo com o anteriormente assinalado e os princípios seguidos por este Conselho é emitido o seguinte parecer:

1. A Comissão Permanente do Conselho de Ética, constituída pelos ora Relatores, após apreciação conjunta da documentação recebida e atendendo a que os procedimentos descritos no estudo de investigação apresentada asseguram a não utilização de qualquer método invasivo e asseguram que os participantes, com mais de 65 anos, utentes de quatro ERPI serão oportunamente informados e esclarecidos sobre as condições em que vão decorrer as observações e recolha de dados, de modo a ser obtido o consentimento informado, e garantem que os dados recolhidos serão tratados de maneira a permanecerem confidenciais e anónimos considera que merece parecer favorável a realização do projecto em análise.

2. Submetido ao CED o parecer da sua Comissão Permanente, este Conselho em sua reunião plenária de 13 de Janeiro de 2016 por entender que ficam salvaguardadas as exigências éticas e os princípios da justiça e da autonomia e bem-estar dos participantes concorda por unanimidade com o mesmo, em razão do que o ratifica e dá parecer favorável à realização do projecto intitulado: "Ambiente construído, mobilidade e comportamento de saúde em estruturas residenciais para pessoas idosas".

Aveiro, 13 de Janeiro de 2016.

Relator Principal:



---

Professor Doutor Jorge Carvalho Arroteia.